

**S. E. R. - Sexualidade: Escolhas com Responsabilidade**

TRABALHO DE PROJETO

Carlos Pinto

Porto | 2019

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária

S. E. R. - Sexualidade: Escolhas com Responsabilidade

Trabalho de Projeto

Trabalho de projeto orientado pela  
Professora Doutora Ana Paula Cantante  
e coorientado pelo Professor Doutor Pedro Melo

Carlos Alberto Ferreira Pinto

Porto, 2019

*Uma educação sexual abrangente dá oportunidade para que se explorem valores e atitudes e se adquiram capacidades de decisão, comunicação e redução de riscos sobre todos aspetos da sexualidade.*

UNESCO, 2010

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as pessoas que o tornaram possível.

Dedico-o de uma forma especial ao meu pai que, não estando fisicamente presente, está sempre comigo.

## **AGRADECIMENTO**

Pelo tudo e pelo tanto, a minha gratidão...

À Professora Doutora Ana Paula Cantante

Ao Professor Doutor Pedro Melo

À comunidade escolar onde foi desenvolvido este projeto

À minha família

Aos meus amigos

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção precoce VIH/SIDA

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EpS – Educação para a Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

GIAA – Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IG – Interrupção da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPES – Projetos de Promoção e Educação para a Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

## RESUMO

O presente trabalho de projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, visando a consolidação das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária, nomeadamente, no que diz respeito a estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades. O projeto de intervenção foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde da cidade do Porto, na área da saúde escolar. A área de intervenção trabalhada insere-se numa das áreas definidas no Programa Nacional de Saúde Escolar: educação para os afetos e a sexualidade. O público-alvo foi a população correspondente a todos os estudantes do 10º ano de uma escola do ensino profissional, do parque escolar da UCC, que frequentavam esta escola pela primeira vez. Para definir o diagnóstico da situação, após um pré-teste, foi aplicado um questionário para identificar os conhecimentos dos estudantes sobre o tema, atendendo às várias dimensões da sexualidade, e posteriormente foram definidas as prioridades para a intervenção, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem para a categorização dos diagnósticos de enfermagem. Na definição das prioridades foram considerados os critérios da magnitude, transcendência e vulnerabilidade, tendo sido identificadas como prioridades para a intervenção a suscetibilidade à infeção aumentada e o processo de tomada de decisão comprometido. Na base da intervenção esteve um processo formativo constituído por três sessões de educação para a saúde, com metodologia expositiva, demonstrativa e interativa, recorrendo à discussão de casos práticos. Terminada a fase de intervenção foi aplicado um novo questionário, tendo por base o questionário inicial, mas apenas contendo as questões que avaliavam os conhecimentos dos temas abordados nas sessões, que foram os definidos na priorização. Concluiu-se que houve um aumento dos conhecimentos nos estudantes que concorreram para uma diminuição da suscetibilidade à infeção e uma melhoria no processo de tomada de decisão e ainda que existe uma relação coerente e evidente entre o trabalho de projeto desenvolvido e as competências definidas para o exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, no contexto da saúde escolar.

Palavras-chave: Adolescente, Enfermagem Comunitária, Saúde Escolar, Sexualidade.

## **ABSTRACT**

The present project work was developed in the scope of the Master in Community Health Nursing, aiming the consolidation of the competences of the nurse specialist in community health, namely: the assessment of the community health status based on the health planning methodology and contribute to the process of empowering groups and communities. The intervention project was developed in a Community Care Unit of a Primary Health Care Centre Group of the city of Oporto, in the area of school health. The area of intervention its one of the areas defined as priority in the National School Health Program: education for affects and sexuality. The target was the population of all 10th grade students at a vocational school in a school of the area, who attended this school for the first time. In order to define the diagnosis of the situation, after a pre-test, a questionnaire was applied to identify the students' knowledge on the theme, taking into account the various dimensions of sexuality, and then the priorities for the intervention were defined, using the International Classification for Nursing practice for the categorization of nursing diagnoses. In defining priorities, the criteria of magnitude, transcendence and vulnerability were considered, and susceptibility to infection and compromised decision-making were identified as priorities for the intervention. At the base of the intervention was an health education process consisting of three sessions, with expository, demonstrative and interactive methodology, using the discussion of practical cases. After the intervention phase, a new questionnaire was applied, based on the initial questionnaire, but only containing the questions that assessed the knowledge of the topics addressed in the sessions, which were defined in the prioritization. It was concluded that there was an increase of knowledge in the students that contributed to a decrease of the susceptibility to infections and an improvement in the decision making process and although there is a coherent and evident relation between the project developed and the defined competences of community health nursing specialists, defined by the Order of Nurses, in the context of school health.

**Keywords:** Adolescent, Community Nursing, School Health, Sexuality.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
1.1. Políticas de saúde: planeamento e operacionalização.....	16
1.1.1. Políticas de saúde e planeamento em saúde.....	17
1.1.2. PNS e programas de saúde.....	18
1.1.3. Operacionalização do PNS nos CSP.....	20
1.2. PNSE e educação para os afetos e a sexualidade.....	22
1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.....	31
<b>CAPÍTULO 2. PROJETO S.E.R. – SEXUALIDADE: ESCOLHAS COM RESPONSABILIDADE</b>	<b>33</b>
2.1. O planeamento em saúde como metodologia.....	33
2.2. As etapas do projeto.....	35
2.2.1. Diagnóstico da situação.....	35
2.2.2. Definição de prioridades.....	49
2.2.3. Fixação de objetivos.....	51
2.2.4. Seleção de estratégias.....	53
2.2.5. Elaboração do projeto e preparação da execução.....	54
2.2.6. Execução do projeto.....	56
2.2.7. Avaliação.....	57
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>70</b>
Anexo 1 – Cronograma do projeto.....	71
Anexo 2 – Questionário de diagnóstico.....	73
Anexo 3 – Questionário de avaliação.....	77
Anexo 4 – Resultados do questionário de diagnóstico.....	80
Anexo 5 – Resultados do questionário de avaliação.....	99
Anexo 6 – Planos das sessões de EpS.....	119

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Etapas do processo de planeamento em saúde .....	34
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição percentual da população de estudantes por sexo .....	35
GRÁFICO 2: Distribuição percentual da população de estudantes por idade .....	36
GRÁFICO 3: Distribuição percentual da população de estudantes em relação ao contexto onde indicam falar sobre sexualidade .....	36
GRÁFICO 4: Distribuição percentual da população de estudantes em relação às pessoas com quem indicam falar sobre sexualidade .....	37
GRÁFICO 5: Distribuição percentual da população de estudantes em relação ao ter iniciado atividade sexual .....	37
GRÁFICO 6: Distribuição percentual da população de estudantes face ao uso do preservativo nas relações sexuais.....	38

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Resumo mínimo de dados para o foco processo tomada de decisão .....	41
QUADRO 2: Resumo mínimo de dados para o foco suscetibilidade à infecção .....	47
QUADRO 3: Critérios de priorização.....	49
QUADRO 4: Processo de priorização dos diagnósticos identificados.....	50
QUADRO 5: Lista dos subdiagnósticos prioritários associados aos diagnósticos principais .	51
QUADRO 6: Metas definidas .....	52
QUADRO 7: Planos de EPS.....	55
QUADRO 8: Resultados Foco Processo Tomada de Decisão .....	57
QUADRO 9: Resultados Foco Suscetibilidade à infecção .....	59

## INTRODUÇÃO

O presente documento visa dar corpo ao trabalho de projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A frequência de um nível de ensino conferente do grau académico de mestre pressupõe o desenvolvimento e/ou o aprimoramento de competências nos domínios da autoformação, da flexibilidade da prática e da apropriação da investigação. Tratando-se do Mestrado em Enfermagem Comunitária, esses domínios incidem de forma particular e mais aprofundada sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), adquiridas aquando da frequência do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem comunitária, atualmente publicadas no regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros.

Perante as modalidades oferecidas pela escola para a obtenção do grau de mestre – dissertação, estágio de natureza profissional com relatório de estágio e trabalho de projeto – optou-se pelo trabalho de projeto por se considerar ser o mais adequado e útil atendendo ao contexto e momento profissional que atravesso: possuir o título de EEEEC desde 2010 e ter sido integrado na equipa de saúde escolar recentemente, identificando desde logo a necessidade da metodologia de trabalho por projeto para a intervenção nesta área. O próprio Programa Nacional de Saúde Escolar|2015 (PNSE) prevê que a metodologia de intervenção seja por projeto, mas não era essa a realidade que integrei, por não estar a ser desenvolvida por nenhum EEEEC, já que a metodologia de projeto, integrada no planeamento em saúde, é competência específica do EEEEC.

O presente trabalho de projeto foi então desenvolvido numa escola profissional que integra o parque escolar de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da cidade do Porto. O objetivo é apresentar de uma forma refletida, à luz das competências do EEEEC, resultados do projeto de intervenção e não o desenvolvimento de investigação, pelo que sendo uma escola já trabalhada pela equipa de saúde escolar, no contexto do PNSE, está salvaguardada a autorização para a implementação do mesmo. No desenvolvimento do trabalho foram salvaguardados os princípios éticos da não maleficência (salvaguardando que não há prejuízo para os participantes no projeto), da

beneficência (promovendo melhorias no status de saúde dos participantes), da autonomia (respeitando sempre a vontade dos mesmos participarem no projeto) e justiça (salvaguardando a participação e acesso equitativo de todos os participantes). Sendo EEEC, também é salvaguardado o código deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no que respeita aos deveres para com a comunidade (República Portuguesa, 2015).

A escolha da área de intervenção, além de fazer parte das áreas definidas no Eixo 1 do PNSE (educação para os afectos e a sexualidade) partiu da discussão feita em reunião com a professora coordenadora da área da educação para a saúde e com os diretores de turma das quatro turmas de 10º ano, que constitui o primeiro ano de ensino nesta escola. A decisão de serem as turmas dos 10º anos as escolhidas, associa-se à perspetiva e possibilidade de o projeto se tornar longitudinal e por isso continuado ao longo dos três anos de ensino. No desenvolvimento deste trabalho de projeto denominado S.E.R. - Sexualidade: Escolhas com Responsabilidade, doravante designado como SER, definiu-se então como público alvo os estudantes de 10º ano.

A educação para a saúde no domínio da educação para os afectos e a sexualidade, pretende contribuir para a informação e a consciencialização de cada estudante acerca da sua própria saúde e a aquisição de competências que o habilitem para uma progressiva autorresponsabilização, bem como para uma tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (República Portuguesa, 2009).

Na prossecução deste projeto adotou-se como referencial de decisão clínica em Enfermagem o proposto por Melo, Borges e Figueiredo (2012) para a educação para os afetos e a sexualidade em meio escolar e como base metodológica as etapas do planeamento em saúde. O objetivo geral deste trabalho passa por promover a saúde no âmbito da sexualidade e projeto de vida dos jovens. O diagnóstico inicial foi obtido, após um pré-teste, através da aplicação de um questionário previamente construído, a partir de um quadro de referência que interrelaciona as dimensões da sexualidade, com os focos de atenção em Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0. Para a elaboração do(s) questionário(s) procedeu-se a pesquisa bibliográfica, na procura da mais atual evidência científica e validação em grupo de peritos (com os orientadores do projeto). Tratados os dados e identificados os diagnósticos, seguiu-se a priorização, utilizando como técnica uma adaptação do método CENDES-OPS (Ahumada, J. et al, 1965), tendo como critérios a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade. Para o tratamento dos dados

recorreu-se ao programa informático Microsoft Office Excel 2017. As estratégias escolhidas passaram por metodologias dinâmicas centradas nos adolescentes, como o brainstorming e debates em grupo, a par de momentos expositivos e interrogativos. Os resultados finais do projeto, após a intervenção, foram obtidos através da aplicação de um novo questionário, no final da intervenção.

O projeto decorreu ao longo do ano letivo 2018/2019, com diferentes momentos e atividades que constam do cronograma que pode ser consultado no Anexo 1.

O presente documento encontra-se estruturado em três grandes partes. Inicialmente é feito um enquadramento teórico que sustenta o projeto, com uma breve referência às políticas de saúde, no que concerne ao planeamento e operacionalização, abordando-se o Plano Nacional de Saúde (PNS) com particular incidência sobre o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e a educação para os afetos e a sexualidade; a terminar esta primeira parte são ainda abordadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EESC). Numa segunda parte, é apresentado e desenvolvido o Projeto SER, seguindo a metodologia do planeamento em saúde, nas suas diferentes etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, execução do projeto, resultados e análise dos resultados. A terceira parte é constituída por uma conclusão crítico reflexiva, onde se procurará também dar resposta se se consideram atingidos os objetivos definidos pela ESEP para o do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária que passam por:

- Aprofundar conhecimentos sobre o contexto das práticas clínicas em enfermagem comunitária;
- Colaborar no desenvolvimento de programas integrados de promoção da saúde com base em evidências provenientes da investigação e da reflexão sobre as práticas profissionais;
- Contribuir, como profissionais e cidadãos, para a melhoria da saúde e do sistema de saúde;
- Desenvolver competências no domínio do processo de investigação e da análise crítica.

Desejo que a leitura deste documento seja aprazível para o leitor e reflita e torne perceptível o percurso que foi desenvolvido neste trabalho de projeto inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

## **CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Nesta primeira parte do trabalho importa contextualizar o assunto que foi desenvolvido no projeto. Assim, neste capítulo, tendo por base o contexto nacional, serão feitas algumas referências às políticas de saúde e ao planeamento em saúde, bem como ao Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS) e a sua revisão e extensão a 2020 e, em particular, ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); abordar-se-á a operacionalização do PNS nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e, por último, sendo este trabalho de projeto conferente do grau de mestre em Enfermagem Comunitária, serão abordadas as competências do EEEC à luz dos objetivos do mestrado.

### **1.1 Políticas de saúde: planeamento e operacionalização**

A existência de políticas de saúde é fundamental para o funcionamento de qualquer sistema social. O sistema de saúde português está organizado tendo em conta o setor público, o setor privado e o setor social. No que concerne ao setor público, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) através da publicação da Lei nº 56/79, de 15 de setembro, e depois com a revisão constitucional de 1989, consagra “um serviço universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), com a qual a saúde passa a ser não só um direito mas também uma responsabilidade individual e em 1993 é aprovado o Estatuto do SNS (Decreto-lei nº 11/93, de 15 de Janeiro) e com isso criada a possibilidade da privatização de partes do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde. Importa referir que durante a redação deste documento foi publicada a nova Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019 de 4 de setembro) que revoga a anterior.

De acordo com os coordenadores do PNS, Simões e Ferrinho (2017), o mesmo constitui-se como uma oportunidade para mudar a forma como são pensadas e aplicadas as políticas de saúde em Portugal, tendo por base três premissas: a necessidade de pensar a saúde em todas as políticas, a integração e a continuidade de cuidados e a participação dos municípios na



definição das políticas de saúde. As políticas pensadas para os outros setores da sociedade, como sejam a economia, a educação, o ambiente e os transportes, devem ter presente as questões da saúde, pois estas influenciam-se mutuamente. Por sua vez, com uma população cada vez mais envelhecida e com doenças crónicas, a integração e a continuidade de cuidados revestem-se de primordial importância para dar resposta aos desafios que se colocam, num futuro não muito longínquo. A questão do envolvimento do poder local na saúde surge como uma medida de proximidade às populações e aos cidadãos, procurando facilitar a acessibilidade aos cuidados de saúde, mas também envolve-los nas decisões sobre a sua própria situação de saúde/doença.

### **1.1.1 Políticas de saúde e planeamento em saúde**

Todos os residentes em Portugal têm direito a um médico de família e a um enfermeiro de família e, salvo situações de urgência, o primeiro contacto que os cidadãos têm com os serviços de saúde, deve ser por via dos CSP. É também sabido que, num número expressivo de casos que a comunicação social tantas vezes notícia, não é este o percurso que os utentes habitualmente fazem, recorrendo muitas vezes aos serviços de urgência hospitalar sem necessidade. Politicamente, desde há várias décadas, os CSP são referidos como uma prioridade política, como a base do sistema de saúde, como pilar fundamental do sistema. Porém, em comparação com os cuidados de saúde hospitalares, no que concerne ao investimento feito nos CSP, seja nos recursos humanos, seja em recursos materiais e infraestruturas, os números contradizem as declarações (Branco e Ramos, 2001).

Simões e Ferrinho (2017: 22, 23) referem que:

*O planeamento tem assumido, em Portugal, contornos contraditórios: por um lado apresenta bons documentos técnicos, com adequadas metodologias e contemplando áreas do saber que vão para além do que tradicionalmente a saúde abarca. Esta constatação é notória com a metodologia e com a amplitude de temas tratados na preparação do Plano Nacional de Saúde 2012/16. Mas, por outro lado, a execução dos planos tem-se mostrado débil (...).*

Num outro artigo de Simões (2017: 8), lê-se que o tema do planeamento em saúde:

*corresponde a uma necessidade sentida ao nível da decisão política: pedem-se aos políticos decisões instantâneas, logo o planeamento é inexistente; há anúncios de decisões que nunca serão concretizadas, logo o planeamento é desnecessário; utilizam-se consultores externos para se estudarem*

*pontualmente alternativas e projetos de decisão e esse arremedo de planeamento esfuma-se.*

Resumindo, o investimento nos CSP deve ser uma prioridade que não pode mais continuar apenas nos discursos políticos e que tem de se consubstanciar nos contextos da prática clínica, com o reforço dos recursos humanos e técnicos e adequação das infraestruturas, bem como assentar num planeamento em saúde credível e contínuo, para que sejam alcançados resultados concretos e efetivos.

### **1.1.2. Plano Nacional de Saúde e programas de saúde**

Os objetivos fundamentais do PNS 2012-2016 consistiam em maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade e cidadania. A responsabilidade pela elaboração do plano coube ao Alto Comissariado da Saúde, com dois coordenadores, um gabinete técnico e vários grupos de trabalho, com a colaboração e com os contributos de diferentes departamentos ministeriais e consultores nacionais e internacionais (Simões e Ferrinho, 2017).

O PNS 2012-2016, e agora a sua revisão e extensão a 2020, constitui-se como uma ferramenta nuclear que orienta as políticas de saúde em Portugal. Os grandes desígnios propostos na revisão e extensão do plano para 2020 são a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco (DGS, 2015). Não obstante, existem outras áreas, que advêm dos desafios sociais que já vivemos, aos quais o PNS procura responder, tais como o envelhecimento demográfico, as doenças crónicas, a importância da sustentabilidade económica, as questões ambientais e a globalização.

A DGS (2015) define no PNS que as intervenções em saúde devem assentar em quatro eixos estratégicos transversais: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis. O PNS deve servir de referência para que as políticas de saúde sejam alinhadas a nível nacional, regional e local em relação ao desenvolvimento de recursos humanos/formação para a saúde, investigação e inovação, bem como na definição da estratégia e critérios para atribuição de financiamento a todos os

agentes do sistema de saúde. A DGS (2013: 22) considera que “a capacidade de manter e promover o potencial de saúde está sob a responsabilidade do cidadão, das famílias, das comunidades, das organizações da sociedade civil e do sector privado e social, assim como do nível de planeamento estratégico nacional”.

O PNS define como programas prioritários para as metas de saúde 2020 os seguintes:

- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
- Programa Nacional para a Diabetes
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
- Programa para a Área das Hepatites Virais
- Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e Tuberculose
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
- Programa Nacional para a Saúde Mental

Além dos programas prioritários, o PNS integra também os outros programas:

- Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva
- Programa Nacional de Saúde Ocupacional
- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
- Programa Nacional de Saúde Oral
- Programa Nacional de Saúde da Visão
- Programa Nacional de Vacinação
- Programa Nacional de Intervenção Precoce na Infância
- Programa Nacional de Crianças de Jovens em Risco
- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Programa Nacional de Saúde Escolar

### **1.1.3. Operacionalização do Plano Nacional de Saúde nos CSP**

A rede de CSP em Portugal remonta à reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do SNS em 1979 (Miguel e Sá, 2010). Com o SNS esta rede tornou-se ainda mais evidente e extensível a todo o país, sofrendo transformações e reformas ao longo das últimas décadas.

A primeira geração de centros de saúde, resultante da reforma de 1971, estava muito ligada à área da saúde pública e o seu campo de intervenção era centrado na prevenção e no acompanhamento de alguns grupos de risco, sendo as suas atividades focadas na vacinação, na vigilância de saúde das grávidas e das crianças, na saúde escolar e nas atividades de autoridade sanitária. Os cuidados curativos e de atuação em situações de doença aguda eram prestados nos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência. Assim, durante muitos anos, existiram dois modelos que eram complementares: um centrado na prevenção da doença e promoção da saúde e outro direcionado para a prática de cuidados imediatos (Branco e Ramos, 2001).

A denominada segunda geração de centros de saúde, surge a partir de 1983, com a criação dos centros de saúde integrados que nada mais foi que a fusão dos centros de saúde, dos postos dos Serviços Médico-Sociais e dos hospitais concelhios. Na prática, não existiu aqui qualquer inovação significativa, apenas uma junção quer dos recursos humanos e materiais, quer de duas culturas organizacionais distintas. Ramos (1994-1995) citado por Branco e Ramos (2001: 6) refere que o “modelo organizativo dos centros de saúde de segunda geração permitiu a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mas logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades”.

A partir de 1996 foi relançado o debate sobre a organização dos CSP e iniciaram-se várias experiências de organização nos centros de saúde, como os projetos “Alfa”. A avaliação destes projetos apontou um caminho: premiar quem trabalhar mais e melhor. Abriu-se então a porta para, em 1998, ser criado o regime remuneratório experimental em clínica geral e para o nascimento dos centros de saúde de terceira geração, com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF).

Em 2008, através do Decreto-Lei n.º 28 de 22 fevereiro, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Os ACES têm por missão e atribuições, de acordo com o artigo 3º:

- a) garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica;*
- b) desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados;*
- c) desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.*

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, organizadas em um ou mais centros de saúde, e é ao nível destas unidades que se operacionalizam os diferentes programas de saúde que o PNS contempla. Como unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde de um ACES temos as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

As USF e as UCSP são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipa constituídas por médicos, por enfermeiros e secretários clínicos.

Às USP compete, na área geodemográfica do ACES em que estão inseridas, elaborar o plano local de saúde e informação em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

As URAP prestam serviços de consultoria e assistenciais a todas as unidades funcionais prestadoras de cuidados do ACES e integram nas suas equipas médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afectos totalmente às outras unidades funcionais.

Atendendo a que este projeto foi desenvolvido numa UCC, importa referir que estas unidades funcionais foram criadas no âmbito da reforma em curso, através do Despacho n.º 10143/2009 que regulamenta a sua organização e funcionamento. A UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e

intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão e atribuições, que, de acordo com o artigo 3º do referido despacho, passa por:

- a) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra;*
- b) prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção;*
- c) participar na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua;*
- d) constituir as equipas de cuidados continuados integrados.*

Citando Branco e Ramos (2001: 9) as UCC são como “os «braços» proactivos do centro de saúde junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade. Identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde”. As UCC surgem como as unidades funcionais dos CSP mais próximas das comunidades, que melhor conhecem os seus grupos e indivíduos e, no que concerne à Saúde Escolar, como as unidades melhor posicionadas e capacitadas para intervir nestes contextos.

A equipa de saúde escolar da UCC onde foi implementado o Projeto SER intervém em contextos escolares que não apenas estabelecimentos de educação e ensino do setor público e o próprio PNSE assim prevê que possa suceder. Por isso, o projeto foi implementado numa escola profissional com nível de ensino equivalente ao ensino secundário, pois além dos recursos humanos existentes na unidade assim o permitirem, existem vários estabelecimentos de ensino profissional na área geográfica de intervenção da UCC que nunca foram alvo de intervenção pela(s) equipa(s) de saúde.

## **1.2. Programa Nacional de Saúde Escolar e educação para os afetos e a sexualidade**

A 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que teve lugar em Ottawa, Canadá, em 1986, veio potenciar uma mudança de paradigma na intervenção em saúde escolar, com o reconhecimento de que a saúde é produto da experiência de vida dos

indivíduos, resultante do seu dia a dia, dos contextos em que vive e se move, das escolhas que faz e das decisões que toma. Desta relação entre as pessoas e o meio ambiente nasce o seu padrão de saúde, da família, da escola e da comunidade (DGS, 2015).

No seguimento da Carta de Ottawa, decorrente da conferência, nasce uma nova forma de pensar a saúde, onde se percebe que para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas, mais do que as capacitar de forma individual e coletiva (comunidades) para tomarem decisões, é importante identificar primeiro os seus recursos, as suas competências e potencialidades para posteriormente facilitar as suas escolhas (DGS, 2015). A saúde é então entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida e a promoção da saúde não é exclusiva do setor da saúde, mas antes uma responsabilidade partilhada, que envolve as próprias pessoas e os múltiplos setores da sociedade em que estão inseridas.

A promoção da saúde torna-se mais efetiva quando tem lugar nos contextos em que as pessoas estão e com o seu envolvimento na identificação dos problemas, na definição de metas que visam melhorar o seu estado de saúde, no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões.

A promoção da saúde em meio escolar, assente nos princípios das Escolas Promotoras da Saúde e numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa (DGS, 2015) e foi nessa base que foi desenvolvido o Projeto SER, como será descrito mais adiante.

É longo o período que as crianças e jovens passam na escola ao longo da vida e, como tal, este é um contexto fortemente importante pela aquisição de conhecimentos e hábitos que influenciam e determinam as suas escolhas e consequentemente o seu estado de saúde, sendo por isso este um alvo importante de intervenção do EEEC.

O PNSE deriva da norma da DGS 015/2015 de 15 de agosto que visa dar continuidade, numa versão atualizada, ao programa aprovado pelo Despacho n.º 12045/2006, de 9 de maio, do Alto-Comissário da Saúde e é tendo por base esta versão do PNSE que o trabalho de projeto aqui apresentado foi desenvolvido.

O PNSE é um documento nacional e orientador das políticas de promoção da saúde em contexto escolar. Foi construído tendo por base o PNS, abordado anteriormente, bem como

os objetivos e as estratégias da Organização Mundial de Saúde para a Europa 2020 e os princípios das Escolas Promotoras de Saúde (DGS, 2015).

O PNSE está organizado em seis eixos estratégicos, sendo três nucleares (Eixo 1. Capacitação, Eixo 2. Ambiente escolar e saúde; Eixo 3. Condições de saúde;) e três complementares e transversais (Eixo 4. Qualidade e Inovação; Eixo 5. Formação e investigação em Saúde Escolar; Eixo 6. Parcerias). Em cada um dos eixos, por sua vez, são definidas áreas de intervenção, objetivos operacionais e estratégias de intervenção da Saúde Escolar para o quadriénio 2015-2020.

O Eixo 1 do PNSE é denominado de capacitação. A capacitação pode ser entendida, de acordo com Loureiro e Miranda (2010) citado por DGS (2015: 62) como o “processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para resolver problemas com efetividade”. Este conceito está intimamente relacionado com o de empoderamento que se refere ao “processo pelo qual as pessoas adquirem controlo sobre os fatores e decisões nas suas vidas. É o processo pelo qual as pessoas aumentam os seus ativos e atributos e adquirem capacidades de acesso, estabelecem parcerias, redes e/ou uma voz, a fim de obter o controlo” (DGS, 2015: 63). Por sua vez, quando capacitamos e empoderamos as pessoas estamos a contribuir para elevar o seu nível de literacia em saúde que é outro conceito importante neste projeto e que Saboga-Nunes (2014) citado por DGS (2015: 22) descreve como a “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde, estendendo-se o seu alcance também à cura e prevenção da doença”.

No Eixo 1 são definidas diferentes áreas de intervenção, a saber:

- Saúde mental e competências socioemocionais
- Educação para os afetos e a sexualidade
- Alimentação saudável e atividade física
- Higiene corporal e saúde oral
- Hábitos de sono e repouso
- Educação postural
- Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância



Capacitar e empoderar os estudantes, promovendo a sua literacia em saúde e o acesso a mais e melhor conhecimento, para que com isso possam tomar de forma consciente e responsável decisões que potenciem e/ou salvaguardem o seu estado de saúde, são princípios que norteiam este projeto.

Das várias áreas de intervenção definidas no Eixo 1, o projeto SER debruça-se sobre a área da educação para os afetos e a sexualidade e, por esse motivo, nesta parte do trabalho será essa que iremos desenvolver de seguida.

A OMS (2006) citado por DGS (2015: 22) apresentou uma redefinição da sexualidade onde está bem patente a complexidade, a abrangência e a importância desta dimensão humana, na medida em que é considerada como:

*um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada/vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis/funções e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.*

Dada a multiplicidade de conceitos que se cruzam e se relacionam quando falamos e pensamos em sexualidade, não querendo ser redutor, considero oportuno trazer para esta reflexão alguns dados estatísticos.

Segundo a OMS, mais de 30 microrganismos são transmitidos por contacto sexual (vaginal, anal ou oral) sendo que destes, apenas oito têm elevada incidência a nível mundial. Quatro destes microrganismos causam infeções curáveis, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* e *Trichomonas vaginalis*, enquanto as infeções pelos restantes quatro microrganismos, vírus da hepatite B (VHB), vírus herpes simplex (VHS), vírus da imunodeficiência humana (VIH) e vírus do papiloma humano (VPH) são considerados incuráveis. Algumas infeções sexualmente transmissíveis (IST) podem também transmitir-se pelo sangue ou seus derivados ou ainda por via vertical da mãe para o filho (entre estas, *Chlamydia trachomatis*, VIH, vírus da hepatite C (VHC) e *Treponema pallidum*) seja no decurso da gravidez, seja no momento do parto. Calculam-se que sejam adquiridas diariamente um milhão de IST, o que justifica a estimativa anual de 357 milhões de novos casos de uma das quatro IST mais frequentes: *Chlamydia trachomatis* (131 milhões), *Neisseria gonorrhoeae* (78 milhões), *Treponema pallidum* (5,6 milhões) e *Treponema*

*vaginalis* (143 milhões). Estima-se ainda que 500 milhões de pessoas tenham herpes genital e que 290 milhões de mulheres tenham uma infeção por VPH em algum momento da sua vida (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017).

Em 2018, a Divisão de Saúde Sexual Reprodutiva Infantil e Juvenil da DGS emitiu o Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez com dados relativos a 2017. Nesse relatório consta que em 2017 foram realizadas 15.492 Interrupções da Gravidez (IG) ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, sendo que dessas IG, 96% dos casos foram Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVG). Se analisarmos por faixa etária, constatamos que 43 casos das IVG ocorreram em mulheres com menos de 15 anos e 1407 em mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Preocupante também é quando percebemos que, na faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 21 mulheres tinham realizado IVG no ano anterior e 62 nos últimos dois anos.

Outro dado importante para esta reflexão prende-se com a gravidez na adolescência. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, apesar de os números estarem a decrescer, 2028 jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos foram mães em 2018 (uma média superior a 5,5 adolescentes darem à luz todos os dias). No ano transato, esse número foi de 2173 e em 2016 foi de 2208.

Em 2009, através da Lei nº 60/2009 de 6 de agosto é estabelecida a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário da rede pública, bem como nos estabelecimentos da rede privada e cooperativa com contrato de associação, de todo o território nacional. Seguidamente, em 2010, através da Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril são emitidas as orientações curriculares para os diferentes níveis de ensino, no âmbito da educação sexual.

Na Lei nº60/2009 estão definidas, no seu artigo 2º, as finalidades da educação sexual, a saber:

- a) A valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;*
- b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;*
- c) A melhoria dos relacionamentos afetivo-sexuais dos jovens;*
- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmissíveis;*
- e) A capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais;*

- f) O respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais;*
- g) A valorização de uma sexualidade responsável e informada;*
- h) A promoção da igualdade entre os sexos;*
- i) O reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde;*
- j) A compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos;*
- k) A eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual*

Por sua vez, na Portaria n.º 196-A/2010, no artigo 2.º, ponto 2, lê-se que:

*No ensino profissional, a educação sexual integra-se igualmente na área da educação para a saúde, sendo atribuída ao diretor de escola a competência para, em concertação com o professor coordenador da área da educação para a saúde e os diretores de turma, definir quais os temas que devem ser abordados nas áreas curriculares disciplinares (...)*

e no artigo 5º, ponto 2, que “De acordo com os limites definidos no artigo 5.º da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, a carga horária não pode ser inferior (...) a doze horas para o 3.º ciclo do ensino básico e secundário, distribuídas de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo”. No quadro anexo à referida portaria estão descritos os conteúdos curriculares que devem ser abordados e que no caso do ensino secundário (ou equivalente) passam por:

- Compreensão ética da sexualidade humana
- Compreensão e determinação do ciclo menstrual
- Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto
- Prevenção de doenças e infeções sexualmente transmissíveis e suas consequências
- Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas (violência no namoro)
- Informação estatística sobre:
  - Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na EU
  - Taxas de gravidez e aborto em Portugal
  - Métodos contraceptivos

Perante os dados apresentados, percebe-se a importância da promoção da educação para os afetos e a sexualidade na escola, junto dos adolescentes.

A adolescência é um período de metamorfose. Todo o corpo do adolescente entra quase como que em ebulição e as transformações podem ocorrer a um ritmo acelerado: o corpo desenvolve-se com as modificações biológicas e fisiológicas que têm lugar; o organismo

adquire capacidades reprodutivas; acende-se a chama do desejo e da atração sexual; (re)formulam-se os papéis sexuais; têm lugar as primeiras experiências sexuais (Félix, 2003).

A adolescência constitui uma das etapas de desenvolvimento mais importantes da vida do ser humano, onde o espaço pessoal se vai continuamente alterando e procurando ajustar. É uma fase de descoberta a nível íntimo e a nível afetivo, do próprio para consigo e para com os outros, criam-se novos laços sentimentais. As mudanças ocorridas, as cisões e as contradições que fervilham durante este período da adolescência são, por si só, potenciadoras de desequilíbrios, mas que fazem parte e são estruturantes no crescimento e desenvolvimento do adolescente. As manifestações da sexualidade nesta fase são reconhecidamente importantes e necessárias ao desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos e devem ser encaradas de forma natural. Estas contribuem para a construção da identidade, da autoestima, da segurança e das relações interpessoais. (Brás, 2008; Nelas, 2011)

Segundo Braconnier e Marcelli (2007) a identidade sexuada é parte integrante da identidade individual e consiste no facto do adolescente se reconhecer num sexo. Para que o adolescente se reconheça na sua nova imagem corporal e na sua identidade sexual, são necessárias modificações na relação com os pais e respetivas imagens parentais. O conjunto destes movimentos condiciona a opção que o adolescente fará para eleger os seus futuros parceiros amorosos, ou, por outras palavras, a escolha do objeto sexual.

A ausência de informação, as crenças associadas à sexualidade, os constrangimentos que muitos jovens sentem em falar do assunto, a informação desadequada a que muitas vezes acedem através da internet, a ausência de um acompanhamento adequado por parte da família, da escola e da sociedade e a aceitação ou não pelos seus pares, poderão ser cruciais para a não-aceitação da sua sexualidade ou para o aparecimento de dilemas na constituição da sua identidade e orientação sexual.

Existem ainda tabus e pudor em falar-se sobre sexualidade, muito mediados por valores culturais e crenças religiosas, o que reforça a importância da implementação de programas de educação para a sexualidade, abrangentes nas várias dimensões da sexualidade e culturalmente contextualizados (Cantante, 2013). Para Renaud (2001) citado por Cantante (2013) a sexualidade é uma realidade presente na vida do ser humano em todas as suas dimensões: corpo, mente, afetos, ação e compreensão e por isso a sua abordagem deve ser de forma holística, ou seja, contemplando as suas várias dimensões, intrínsecas à vida

humana. Variando consoante os autores, foquemo-nos naquelas que são mais consensuais: a dimensão biológica, a dimensão psicológica, a dimensão sociocultural e a dimensão ética.

A dimensão biológica é aquela que é mais facilmente compreendida e, talvez por isso, aquela que mais frequentemente é abordada quando se fala de sexualidade. Abordar esta dimensão implica falar sobre carateres sexuais secundários, do corpo e da sua anatomia, da fisiologia do aparelho reprodutor, de reprodução, do controle da fertilidade, das IST, de produção de hormonas, de sexo, da resposta sexual (Cantante, 2013; Abreu, 2010). Contudo, em paralelo com a dimensão biológica há outras dimensões, como a psicológica, que pode ser influenciada por questões biológicas (como fatores hormonais), nas questões do desejo e atração, mas que está associada a muitos outros fatores no contexto da sexualidade.

A dimensão psicológica da sexualidade está em grande parte relacionada com o papel dos afetos, emoções, pensamentos, autoconceito, imagem corporal, desejos e fantasias, na expressão da sexualidade de cada indivíduo, moldando e construindo a sua identidade sexual (Cantante, 2013). Não nos podemos abstrair de que a fase da adolescência, por si só, pela transição que implica entre o deixar de ser criança e o tornar-se adulto, já tem em si mesma imersas inúmeras mudanças que afetam psicologicamente os indivíduos: as perdas e a necessidade de novas conquistas e experiências, a oscilação entre estados de espírito de otimismo e euforia com períodos de pessimismo e isolamento, um crescimento biológico por vezes repentino, não acompanhado de um amadurecimento psicológico com o mesmo ritmo.

A dimensão sociocultural da sexualidade é facilmente percebida se refletirmos brevemente sobre a vivência da sexualidade da humanidade ao longo dos tempos. Claramente os contextos socioculturais onde nos inserimos, marcados por fatores políticos, económicos, ambientais, religiosos, entre outros, têm impacto na forma como vivenciamos, experimentámos e pensamos a sexualidade: os papéis sexuais, o controlo ou exposição social através da forma como nos vestimos e apresentamos socialmente, o que é permitido e o que é pecado, o aborto, o casamento, o adultério, o divórcio, a tentativa de se definir o que é normal e o que não é normal na sexualidade, os tabus e preconceitos, a masturbação, a sexualidade como fonte de prazer e não meramente como função reprodutora, a homossexualidade. Bozon (2004) citado por Cantante (2013) refere que a sexualidade humana não é um dado da natureza, mas é construída socialmente, no contexto cultural em que está inscrita.

A dimensão ética está inevitavelmente presente sempre que falamos da sexualidade humana. Relaciona-se com valores e princípios éticos e morais, com o conjunto de normas e regras que se baseiam na cultura, nos costumes e nas crenças de determinado contexto social; com a forma como cada indivíduo toma, vive e sustenta as suas escolhas e os seus comportamentos sexuais. Segundo Abreu (2010) o comportamento sexual, frequentemente, está regulado socialmente por normas, valores e princípios, mais ou menos universais, que estão embutidos na cultura, nos hábitos individuais, mas não impedem, necessariamente, a liberdade de escolha e de ação dos indivíduos.

Segundo a UNESCO (2010) citado por Cantante (2013), vários estudos realizados demonstram que programas de educação para a sexualidade efetivos podem ter um impacto relevante e significativo na:

- Redução de informações erradas e potenciar o aumento de conhecimentos corretos;
- Promoção e fortalecimento de valores e atitudes positivas;
- Aumento de competências para tomar decisões informadas e responsáveis;
- Melhoria das perceções sobre grupos de pares e normas sociais;
- Incentivo da comunicação com pais ou outros adultos de confiança.

Ao longo do seu ciclo de vida, o ser humano vive a sexualidade de forma diferente, influenciado pelos múltiplos fatores e dimensões que abordamos, além da sua autenticidade enquanto ser único e, por isso, diferente de todos os outros. Com a chegada da idade pubertária e da adolescência, inicia-se uma etapa que apresenta ao jovem múltiplos desafios e que também o pode expor a riscos, tais como as IST e a gravidez não desejada ou precoce e, por isso, a educação sexual é fundamental pelo contributo que pode dar para evitar ou minimizar a exposição a comportamentos de risco.

A educação sexual no contexto escolar, procurando ter o impacto que referido anteriormente, deve ser assegurada por profissionais qualificados, garantindo-se os princípios éticos e o pluralismo moral que o tema encerra em si mesmo, salvaguardando o reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual.

### **1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária**

Não poderia abordar as competências do EEEEC sem primeiro me reportar aos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem que definem e sustentam o exercício profissional de qualquer enfermeiro, independentemente da sua área de especialização. O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros descreveu, em 2001, aquando da publicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, os conceitos metaparadigmáticos da profissão propostos por Fawcett em 1978 (McEwen e Wills, 2016): a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Importa, pois, lembrar que quando falamos de saúde, nos reportamos a uma representação mental, individual, que não é constante ao longo do tempo. Falamos por isso de um processo complexo, contínuo e dinâmico, que busca o equilíbrio, o controlo do sofrimento e a procura do bem-estar físico e do conforto emocional, espiritual e cultural. Por sua vez, a pessoa, ao olhar dos enfermeiros é um ser social, uno e indivisível, dotado de intenções e vontades próprias baseadas num sistema de valores e crenças, com dignidade própria e autonomia para tomar as suas decisões. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve; o que nos leva até um dos outros conceitos - o ambiente. O ser humano está em constante interação com o meio ambiente, numa relação recíproca de influência(s), que gera desequilíbrio e harmonia. Desta forma, a ação dos enfermeiros, deve ser focalizada nesta complexa interdependência pessoa/ambiente. Aquando da prestação dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros distinguem-se pela formação e experiência, pela compreensão do outro, pelo respeito dos seus valores e crenças através de uma relação terapêutica que deve ser fortalecida ao longo do tempo, ajudando o outro a definir e a concretizar o seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Fazendo a ponte destes conceitos com o Projeto SER lembrar que fazem parte dos objetivos do projeto, indo de encontro ao que o PNSE preconiza, promover a saúde dos estudantes, através do aumento do nível de literacia e da promoção de estilos de vida saudáveis, no domínio da sexualidade e afetos; não esquecendo a particularidade do contexto de intervenção, que sendo o cliente um grupo de estudantes, há que atender às particularidades de cada um enquanto pessoa única e também que o ambiente escolar tem

particular influência nos estudantes, como já foi referido anteriormente, na aquisição de conhecimentos e modelação de comportamentos.

A frequência do Mestrado em Enfermagem Comunitária pressupõe o desenvolvimento de competências específicas que estão publicadas no regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho que regulamenta as competências específicas do EEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. As competências específicas do EEEC, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são as seguintes:

- 1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*
- 2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*
- 3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*
- 4. Realiza e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*

Com a elaboração do Projeto SER considera-se que todas estas competências são passíveis de serem desenvolvidas e postas em prática, apresentando-se na conclusão deste trabalho uma reflexão crítico reflexiva sobre este assunto.



## **CAPÍTULO 2. PROJETO S.E.R. – SEXUALIDADE: ESCOLHAS COM RESPONSABILIDADE**

Este segundo capítulo está dividido em duas partes: na primeira abordaremos o planeamento em saúde, tendo como autores de referência Emílio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes, enquanto metodologia que serviu de base ao desenvolvimento do projeto e, numa segunda parte, integraremos o referido projeto nas diferentes etapas do planeamento em saúde definidas pelos autores.

### **2.1. O planeamento em saúde como metodologia**

Planear é uma função básica de gestão e visa, com base nos recursos disponíveis, alcançar os melhores resultados para os indivíduos, para as organizações, para as comunidades. Tavares (1990: 29) define planear como “um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas, essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”. Conceitos como eficiência e eficácia devem estar presentes nas decisões dos profissionais de saúde quando planeiam, na procura de alcançar “um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através um processo de ensino/aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos” (Tavares, 1990: 37).

O planeamento em saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993: 23) é “um processo contínuo e dinâmico, prevê a racionalização do uso de recursos com vista atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”

Na área da saúde, com os muitos constrangimentos que são vividos neste setor da sociedade, o planeamento adquire particular importância pois os recursos são escassos, há que procurar intervir nas causas dos problemas, há que definir prioridades permanentemente, acompanhar os avanços no campo da medicina que são constantes a par da inovação tecnológica, devem ser evitadas intervenções isoladas sob risco dos resultados serem insuficientes, as infraestruturas são de elevado custo e há que potenciar a otimização dos equipamentos existentes (Imperatori e Giraldes (1993).

Imperatori e Giraldes (1993) definem três fases importantes no planeamento:

1. A elaboração do plano (inclui o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução);
2. A execução
3. A avaliação

Na figura seguinte podemos ver as diferentes etapas e como se relacionam num processo que é permanente, contínuo e dinâmico uma vez que “não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída (...) será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-lo” (Imperatori e Giraldes, 1993: 23).

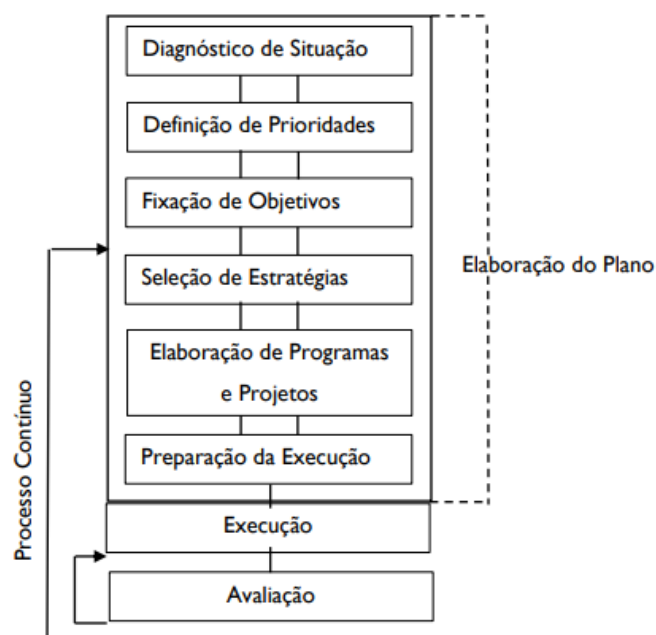


FIGURA 1: Etapas do processo de planeamento em saúde  
(Fonte: Imperatori e Giraldes, 1993: 29)

## 2.2. As etapas do projeto

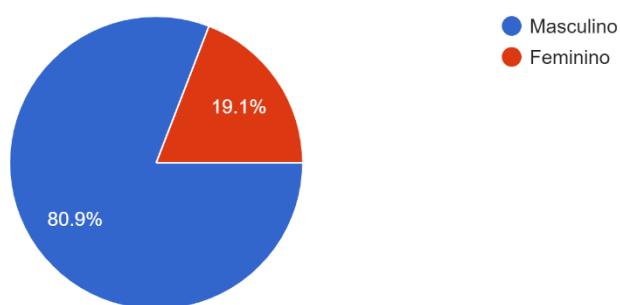
Na prossecução do Projeto SER adotou-se como base metodológica as etapas do planeamento em saúde, que a seguir serão descritas e desenvolvidas.

### 2.2.1. Diagnóstico da situação

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação que deve corresponder às necessidades de saúde da população estudada e “funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (...) é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori e Giraldes, 1993: 44). Através do diagnóstico da situação conseguimos obter a caracterização do nível e do estado de saúde de uma população “(...) obtendo-se, assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori e Giraldes, 1993: 47).

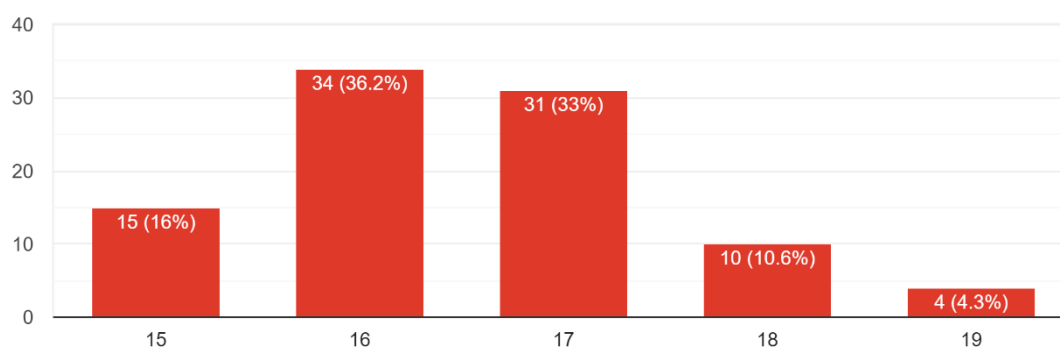
Considera-se oportuno, primeiramente fazer uma breve caracterização da população estudada que, como já foi referido anteriormente, correspondeu a 94 estudantes de todas as turmas do 10º ano de uma escola profissional da cidade do Porto.

GRÁFICO 1: Distribuição percentual da população de estudantes por sexo



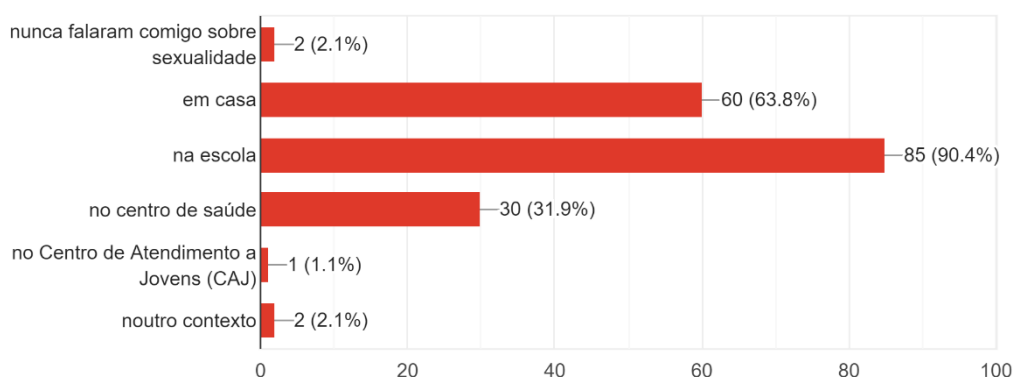
Como se pode constatar no Gráfico 1, a população estudada é maioritariamente do sexo masculino, 80.9% (n=76) e 19.1% (n=18) do sexo feminino.

GRÁFICO 2: Distribuição percentual da população de estudantes por idade



De acordo com os dados que constam no Gráfico 2, a idade média da população estudada é de 16.5 anos e a idade mais frequente é a de 16 anos (n=34).

GRÁFICO 3: Distribuição percentual da população de estudantes em relação ao contexto onde indicam falar sobre sexualidade



Podemos verificar no Gráfico 3, os estudantes quando questionados sobre o contexto onde já terão falado sobre sexualidade, em que poderiam escolher mais do que uma opção, a maioria respondeu a opção “escola” 90.4% (n=85), seguidas das opções “casa” 63.8% (n=60) e “centro de saúde” 31.9% (n=30). De salientar que 2.1% dos estudantes (n=2) referiram nunca terem falado com ninguém sobre sexualidade.

Na página seguinte, no Gráfico 4, podemos perceber que, no que respeita às pessoas com quem falam sobre sexualidade, em que poderiam também escolher mais do que uma opção,

a maioria dos estudantes respondeu a opção “amigo/amiga” 63.8% (n=60), seguidas das opções “mãe/pai” 31.9% (n=30) e “namorado/namorada” 29.8% (n=28).

GRÁFICO 4: Distribuição percentual da população de estudantes em relação às pessoas com quem indicam falar sobre sexualidade

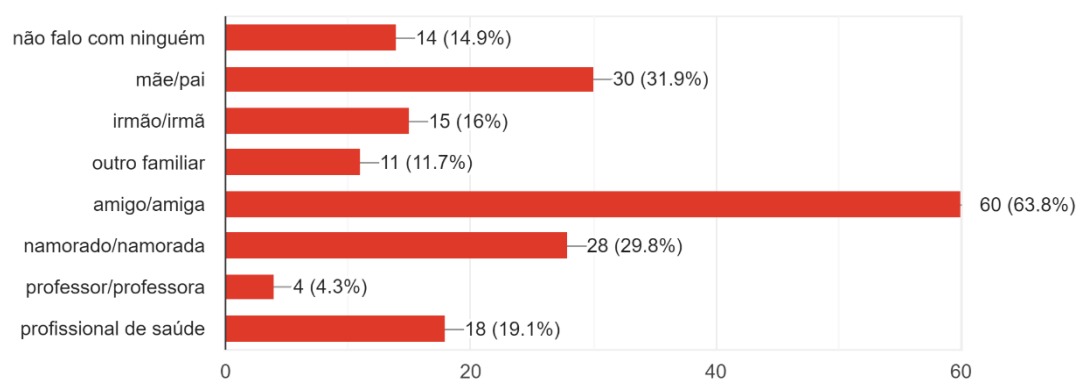
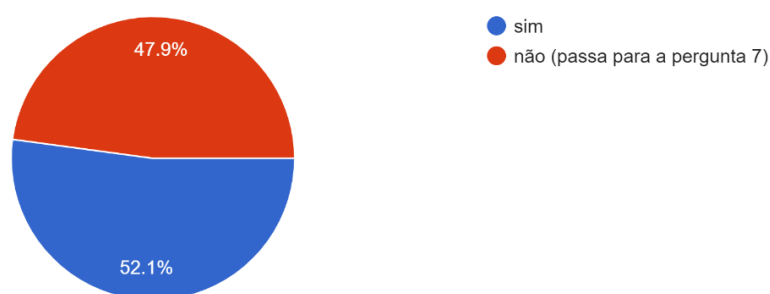


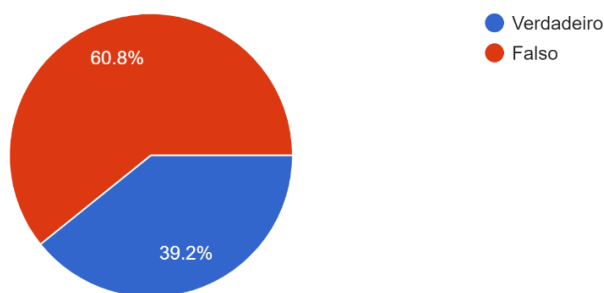
GRÁFICO 5: Distribuição percentual da população de estudantes em relação ao ter iniciado atividade sexual



No Gráfico 5, quando questionados sobre o início de atividade sexual, 52.1% dos estudantes responderam que já tinham tido algum tipo de atividade sexual (relações sexuais orais, vaginais ou anais).

No Gráfico 6, que se encontra na página seguinte, constatamos que, dos estudantes que referiram ter algum tipo de atividade sexual, apenas 39.2% referem usar o preservativo em todo o tipo de relações sexuais (orais, vaginais ou anais) .

GRÁFICO 6: Distribuição percentual da população de estudantes face ao uso do preservativo nas relações sexuais



Feita esta breve caracterização da população-alvo do projeto, importa agora explicar o processo de diagnóstico da situação e os resultados do diagnóstico próprio dito.

Como já foi referido, a escolha da área de intervenção educação para os afectos e a sexualidade, além de fazer parte das áreas definidas no Eixo 1 do PNSE partiu da discussão feita em reunião com a professora coordenadora da área da educação para a saúde e com os diretores de turma das quatro turmas de 10º ano de uma escola profissional, tendo sido estas turmas as escolhidas dado ser o primeiro ano destes estudantes nesta escola e também com a perspectiva e possibilidade de o projeto se tornar longitudinal.

Após a aplicação de um questionário de pré-teste numa turma, de outra escola, com características semelhantes à população-alvo, procedeu-se à aplicação do questionário de diagnóstico (Anexo 2). Importa referir que a construção do questionário teve opor base a pesquisa bibliográfica sobre o tema e a validação dos orientadores do projeto.

O questionário era composto por cinco questões iniciais com opções de escolha e seguiam-se depois 46 afirmações que os estudantes tinham de classificar como verdadeiras, falsas ou não sei/não respondo.

Adotou-se como referencial de decisão clínica em Enfermagem o proposto por Melo, Borges e Figueiredo (2012) para a educação para os afetos e a sexualidade em meio escolar e a aplicação de um questionário previamente construído, a partir de um quadro de referência que interrelaciona as dimensões da sexualidade, com os focos de atenção da CIPE versão 2.0.

Segundo Melo et al (2012: 2) “no contexto da intervenção dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão clínica assente no processo de enfermagem, permite, com uma estrutura organizada e integrativa, relacionar os diagnósticos de enfermagem com as intervenções e

os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Por sua vez, a utilização da CIPE possibilita aos profissionais de Enfermagem documentarem de forma sistematizada a informação que produzem no âmbito da sua prática clínica, conferindo assim visibilidade ao trabalho que desenvolvem.”

Melo et al (2012) identificam três focos principais num projeto desenvolvido por um EEEC na área da educação para os afetos e a sexualidade em meio escolar: processo de tomada de decisão (associado aos estudantes); papel profissional (associado aos professores) e papel parental (associado aos encarregados de educação).

Como neste projeto o nosso público alvo foram os estudantes, a nossa atividade diagnóstica incidu sobre o foco processo de tomada de decisão e consideramos também o foco suscetibilidade à infeção.

No foco processo de tomada de decisão consideramos as seguintes dimensões diagnósticas:

- Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente: aspetos biológicos
- Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana
- Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório
- Conhecimento sobre contraceção e planeamento familiar
- Conhecimento sobre a IVG e os seus efeitos no organismo
- Conhecimento sobre as IST
- Conhecimento sobre a proteção contra as IST
- Conhecimento sobre emoções e sentimentos
- Conhecimento sobre o impacto da gravidez na adolescência não demonstrado
- Conhecimento sobre violência no namoro, maus tratos e relações abusivas
- Crenças sobre a violência no namoro
- Conhecimento sobre identidade de género, papel de género e orientação sexual
- Crenças sobre papel de género
- Conhecimento sobre o conceito de sexualidade
- Crenças sobre a diversidade sexual

Por sua vez, no foco suscetibilidade à infeção consideramos as seguintes dimensões diagnósticas:

- Conhecimento sobre as IST
- Conhecimento sobre a proteção contra as IST

- Conhecimento sobre o uso do preservativo
- Crenças sobre suscetibilidade à infecção
- Adesão ao uso do preservativo

As dimensões diagnósticas associadas a cada um dos focos de enfermagem identificados são integradoras da legislação em vigor no que concerne aos conteúdos programáticos definidos para o nível de ensino estudado e para cada uma das dimensões foram definidos critérios de diagnóstico.

Apresentamos nas páginas seguintes (QUADROS 1 e 2) os quadros de referência construídos que interrelacionam as várias dimensões da sexualidade, os conteúdos que constam da Portaria 196 - A/2010 de 6 de agosto, os focos e as dimensões de diagnóstico, os respetivos critérios de diagnóstico e as afirmações que constam do referido questionário .



QUADRO 1: Resumo mínimo de dados para o foco processo tomada de decisão  
(Melo, Borges & Figueiredo, 2012)

FOCO	<b>PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO</b> Definição CIPE 2.0: Cognição: processos mentais para determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos.			
Critérios de diagnóstico	<b>Processo de tomada de decisão comprometida se:</b> Conhecimento não demonstrado e/ou crenças comprometidas.			
Dimensões da Sexualidade	Portaria 196/A	Dimensões de diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Perguntas
BIOLÓGICA	Puberdade — aspetos biológicos O corpo em transformação; Caracteres sexuais secundários	Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente: aspetos biológicos	Conhecimento não demonstrado se não identificar: - Os caracteres sexuais masculinos e femininos	São exemplos de caracteres sexuais masculinos o aparecimento de pelos nas axilas e região púbica, voz grossa, desenvolvimento dos testículos e pénis.  São exemplos de caracteres sexuais femininos o aparecimento de pelos nas axilas e região púbica, desenvolvimento das mamas, início do período menstrual.
	Fisiologia da reprodução humana	Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana	Conhecimento não demonstrado se não identificar: - o processo da fecundação; - o tempo de vida do espermatozoide e do óvulo;	A masturbação é um comportamento normal de descoberta do próprio corpo.  A ovulação corresponde à produção do óvulo.

				<p>A fecundação consiste na fusão do óvulo com o espermatozoide, formando-se o ovo ou zigoto.</p> <p>Se a ovulação ocorrer até dois dias antes ou após uma relação sexual desprotegida, pode ocorrer uma gravidez</p> <p>Se uma relação sexual desprotegida ocorrer três dias antes da ovulação pode acontecer uma gravidez.</p>
	Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório	Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório	Conhecimento não demonstrado se não identificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- As fases principais do ciclo menstrual e ovulatório;</li> <li>- A unicidade de cada mulher e a diversidade de ciclos e períodos férteis.</li> </ul>	<p>A menstruação corresponde à expulsão do óvulo que não foi fertilizado.</p> <p>O ciclo menstrual é igual em todas as mulheres.</p> <p>O período fértil corresponde ao período em que o óvulo pode ser fecundado pelo espermatozóide.</p>
	Contraceção e planeamento familiar Métodos contraceptivos	Conhecimento sobre contraceção e planeamento familiar	Conhecimento não demonstrado se não identificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os tipos de métodos contraceptivos;</li> <li>- A importância da dupla proteção (hormonal e barreira)</li> </ul>	<p>Existem diferentes tipos de métodos contraceptivos.</p> <p>O preservativo é um exemplo de um método barreira.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os riscos da toma da contraceção de emergência;</li> <li>- A importância de regular a gravidez;</li> <li>- Os recursos para a consulta de planeamento familiar.</li> </ul>	<p>A pílula é um exemplo de um método hormonal.</p> <p>A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceção regular, desde que prescrita pelo médico.</p> <p>A pílula do dia seguinte pode ser tomada até uma semana após a relação sexual.</p> <p>Devem existir períodos regulados entre as gravidezes.</p>
	IVG e seus efeitos no organismo	Conhecimento sobre a IVG e os seus efeitos no organismo	<p>Conhecimento não demonstrado se não identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As orientações legais para a IVG em Portugal;</li> <li>- Os efeitos da IVG no organismo e os riscos</li> </ul>	<p>Em Portugal, uma mulher pode decidir optar pela interrupção voluntária da gravidez (IVG) até às 10 semanas.</p> <p>Exemplos de efeitos de uma IVG no organismo da mulher podem ser: hemorragias, febre, diarreia, cólicas abdominais.</p>
	IST	Conhecimento sobre as IST	<p>Conhecimento não demonstrado se não identificar pelo menos 4 das seguintes IST:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV;</li> <li>- Hepatite B;</li> <li>- Sífilis;</li> <li>- Candidíase;</li> <li>- Herpes Genital;</li> </ul>	<p>Uma infeção sexualmente transmissível (IST) é uma infeção contagiosa cuja transmissão é por via anal.</p> <p>São exemplos de IST: hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, sífilis e VIH.</p>

			- Gonorreia;	O Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) pode transmitir-se através dos fluidos sexuais, do contacto direto com sangue e através da amamentação.
		Conhecimento sobre a proteção contra as IST	Conhecimento não demonstrado se não identificar o preservativo como o único método para a proteção contra as IST	O coito interrompido (retirar o pénis da vagina antes da ejaculação) é um método contraceptivo eficaz.  O preservativo é o único método que protege contra as IST.
PSICOLÓGICA	Puberdade — aspetos Emocionais	Conhecimento sobre emoções e sentimentos	Conhecimento não demonstrado se: - Não identificar a diferença entre emoções e sentimentos; - Não identificar a relação entre as alterações hormonais e a vivência de emoções.	O sentimento é construído e duradouro ao longo do tempo.  As emoções manifestam-se através da expressão corporal e facial, como o choro e o riso, por exemplo.  Amor e amizade são emoções e alegria e tristeza são sentimentos.  Existem hormonas que contribuem para as alterações de humor e das emoções.
	Gravidez na adolescência	Conhecimento sobre o impacto da gravidez na adolescência não demonstrado	Conhecimento não demonstrado se não identificar:	A gravidez na adolescência pode condicionar as relações sociais dos adolescentes.

			- Impacto psicológico da gravidez na adolescência (emoções negativas, impacto social da gravidez na adolescência).	
	Maus tratos e relações abusivas / Violência no namoro	Conhecimento sobre violência no namoro, maus tratos e relações abusivas	Conhecimento não demonstrado se não identificar: - Conceito de relação abusiva e mau trato; - Sinais de violência no namoro	Uma relação abusiva consiste num ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um(a) dos(as) parceiros sobre o(a) outro(a), numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder na relação.
		Crenças sobre a violência no namoro	Crenças comprometidas se: - Considerar um padrão normal os comportamentos associados ao conceito de violência no namoro	São sinais de violência no namoro: controlar o telemóvel, agredir fisicamente, controlar a forma de vestir e humilhar publicamente o(a) parceiro(a).
SOCIOCULTURAL	Sexualidade e género	Conhecimento sobre identidade de género, papel de género e orientação sexual	Conhecimento não demonstrado se não identificar a diferença entre identidade de género, papel de género e orientação sexual.	A identidade de género consiste no modo como cada um de nós se vê: ser homem ou ser mulher.  O papel de género corresponde ao conjunto de regras socialmente definidas para o género masculino ou feminino: forma de vestir, comportamento, pensamentos, forma de se relacionar.

				A orientação sexual diz respeito a por quem nos sentimos atraídos afetiva e sexualmente.
		Crenças sobre papel de género	Crenças comprometidas se manifestar atitudes de desigualdade entre géneros.	Existem trabalhos e tarefas que são para homens e outros que são para mulheres.
	Dimensão ética da sexualidade humana	Conhecimento sobre o conceito de sexualidade	Conhecimento não demonstrado se não identificar no conceito de sexualidade as dimensões biológica, psicológica e sociocultural	A sexualidade é um conceito abrangente e complexo que envolve as dimensões biológica, psicológica, sociocultural e ética.  A definição de sexualidade consiste na relação sexual entre duas pessoas.
		Crenças sobre a diversidade sexual	Crenças comprometidas se manifestar atitudes negativas face à diversidade sexual no que se refere à identidade, papel e orientação.	Uma pessoa gostar de outra pessoa do mesmo sexo é normal.  Um rapaz querer ser bailarino é normal.  Uma rapariga querer mudar de sexo é sinal de perturbação mental.

QUADRO 2: Resumo mínimo de dados para o foco suscetibilidade à infecção  
(Melo, Borges & Figueiredo, 2012)

FOCO	SUSCETIBILIDADE À INFECÇÃO Definição CIPE 2.0: suscetibilidade	
<b>Critério de diagnóstico</b>	<b>Suscetibilidade à infecção aumentada se:</b> Conhecimento sobre IST não demonstrado e/ou Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado e/ou Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado e/ou Crenças sobre suscetibilidade à infecção comprometidas e/ou Adesão ao preservativo (se já iniciou atividade sexual)	
<b>DIMENSÃO DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>Perguntas</b>
<b>Conhecimento sobre as IST</b>	Mesmos critérios indicados no foco processo de tomada de decisão	Mesmas perguntas indicadas no foco processo de tomada de decisão
<b>Conhecimento sobre proteção contra as IST</b>	Mesmos critérios indicados no foco processo de tomada de decisão	Mesmas perguntas indicadas no foco processo de tomada de decisão
<b>Conhecimento sobre uso do preservativo</b>	Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado se não indicar os cuidados a ter com a utilização do preservativo: - Antes da utilização; - Durante a relação sexual; - Depois da utilização.	Os preservativos têm data de validade.
<b>Crenças sobre a suscetibilidade à infecção</b>	Crenças sobre suscetibilidade à infecção comprometidas se demonstrar atitudes favoráveis a comportamentos sexuais de risco	O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual, com o pênis ereto.
<b>Adesão ao uso do preservativo</b>	Adesão ao uso do preservativo não demonstrada se tiver iniciado atividade sexual e não utilizar o preservativo	O reservatório deve ser apertado durante a colocação para não ganhar ar.

Analizados os dados colhidos nos questionários (que podem ser consultados na sua totalidade no Anexo 4) integrados nas dimensões de diagnóstico estudadas, obtivemos os seguintes diagnósticos e subdiagnósticos de enfermagem:

- Processo de tomada de decisão comprometido
  - Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspectos biológicos] não demonstrado em 3.2%
  - Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado em 52.1%
  - Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado em 35.1%
  - Conhecimento sobre contraceção e planeamento familiar não demonstrado em 42.6%
  - Conhecimento sobre IVG e os seus efeitos não demonstrado em 36.2%
  - Conhecimento sobre emoções e sentimentos não demonstrado em 54.3%
  - Conhecimento sobre o impacto da gravidez na adolescência não demonstrado em 8.5%
  - Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado em 66%
  - Crenças sobre a violência no namoro comprometidas em 4.3%
  - Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado em 70.2%
  - Crenças sobre papel de género comprometidas em 36.2%
  - Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado em 35.1%
  - Crenças sobre a diversidade sexual comprometidas em 29.8%
- Suscetibilidade à infeção aumentada
  - Conhecimento sobre IST não demonstrado em 45.7%
  - Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado em 41.5%
  - Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado em 43.6%
  - Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas em 41.5%
  - Adesão ao uso do preservativo não demonstrado em 60.8%



### 2.2.2. Definição de prioridades

A definição de prioridades, atendendo, naturalmente, ao horizonte temporal do plano, programa ou projeto, segundo Imperatori e Giraldes (1993: 64):

*está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).*

Para a definição de prioridades deste projeto foi feita uma análise considerando os critérios da magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Teve-se como referência que, de acordo com Ahumada et al (1965), a magnitude diz respeito à dimensão e importância do problema; a transcendência é a medida de relevância social, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema e que esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos; e a vulnerabilidade está relacionada com a permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Foi atribuída uma pontuação (entre 0 e 3), definindo-se os seguintes critérios que constam do QUADRO 3 e procedeu-se à priorização como consta no QUADRO 4, na página seguinte.

QUADRO 3: Critérios de priorização

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
De 0 a 50% - 0	A intervenção no problema não influencia a melhoria dos outros problemas - 0	A resolução do problema não depende da nossa intervenção - 0
De 50 % a 65% - 1	A intervenção no problema influencia pouco a melhoria dos outros problemas - 1	A resolução do problema depende pouco da nossa intervenção - 1
De 65% a 75% - 2	A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas - 2	A resolução do problema depende da nossa intervenção - 2
Acima de 75% - 3	A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas – 3	A resolução do problema depende muito da nossa intervenção - 3

QUADRO 4: Processo de priorização dos diagnósticos identificados

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO COMPROMETIDO				
Lista de Diagnósticos	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [asp. biológicos] não demonstrado em 3.2%	0	2	3	5
Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado em 52.1%	1	2	3	6
Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado em 35.1%	0	2	3	5
Conhecimento sobre contraceção e planeamento familiar não demonstrado em 42.6%	0	1	3	4
Conhecimento sobre IVG e os seus efeitos não demonstrado em 36.2%	0	1	3	4
Conhecimento sobre emoções e sentimentos não demonstrado em 54.3%	1	0	3	4
Conhecimento sobre o impacto da gravidez na adolescência não demonstrado em 8.5%	0	1	3	4
Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado em 66%	2	2	3	7
Crenças sobre a violência no namoro comprometidas em 4.3%	0	2	1	3
Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado em 70.2%	2	2	3	7
Crenças sobre papel de género comprometidas em 36.2%	0	2	1	3
Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado em 35.1%	0	2	3	5
Crenças sobre a diversidade sexual comprometidas em 29.8%	0	2	1	3
SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO AUMENTADA				
Lista de Diagnósticos	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Conhecimento sobre IST não demonstrado em 45.7%	0	3	3	6
Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado em 41.5%	0	3	3	6
Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado em 43.6%	0	3	3	6
Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas em 41.5%	0	3	1	4
Adesão ao uso do preservativo não demonstrado em 60.8%	1	1	0	2

Posto isto, temos então como principais problemas para intervenção os que constam no quadro que a seguir se apresenta.

QUADRO 5: Lista dos subdiagnósticos prioritários associados aos diagnósticos principais

<b>PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO COMPROMETIDO</b>
<b>Critério: Pontuação ≥ 5</b>
<b>P1.</b> Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado em 70.2% (7)
<b>P2.</b> Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado em 66% (7)
<b>P3.</b> Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado em 52.1% (6)
<b>P4.</b> Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado em 35.1% (5)
<b>P5.</b> Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado em 35.1% (5)
<b>P6.</b> Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspetos biológicos] não demonstrado em 3.2% (5)
<b>SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO AUMENTADA</b>
<b>Critério: Pontuação ≥ 4</b>
<b>P7.</b> Conhecimento sobre IST não demonstrado em 45.7% (6)
<b>P8.</b> Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado em 43.6% (6)
<b>P9.</b> Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado em 41.5% (6)
<b>P10.</b> Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas em 41.5% (4)

### 2.2.3. Fixação de objetivos

Segundo Imperatori e Giraldes (1993: 77), “realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo.” Como refere Tavares (1990:113) “(...) os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...) pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos”.

Tendo em conta os problemas prioritários definidos e as oportunidades que teríamos para intervir (três sessões de Educação para a Saúde (EpS) de 50 minutos cada, em cada uma das quatro turmas de 10º ano), definimos as seguintes metas que constam no QUADRO 6.

QUADRO 6: Metas definidas

<b>PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO COMPROMETIDO</b>	
<b>Problemas</b>	<b>Meta</b>
<b>P1.</b> Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado em 70.2% (7)	Diminuir para 55% a taxa do conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado até ao final do projeto
<b>P2.</b> Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado em 66% (7)	Diminuir para 50% a taxa do conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado até ao final do projeto
<b>P3.</b> Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado em 52.1% (6)	Diminuir para 30% a taxa do conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado até ao final do projeto
<b>P4.</b> Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado em 35.1% (5)	Diminuir para 20% a taxa do conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado até ao final do projeto
<b>P5.</b> Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado em 35.1% (5)	Diminuir para 20% a taxa do conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado até ao final do projeto
<b>P6.</b> Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspetos biológicos] não demonstrado em 3.2% (5)	Diminuir para 0% a taxa do conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspetos biológicos] não demonstrado até ao final do projeto
<b>SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO AUMENTADA</b>	
<b>Problemas</b>	<b>Meta</b>
<b>P7.</b> Conhecimento sobre IST não demonstrado em 45.7% (6)	Diminuir para 30 % a taxa do conhecimento sobre IST não demonstrado até ao final do projeto
<b>P8.</b> Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado em 43.6% (6)	Diminuir para 25% a taxa do conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado até ao final do projeto
<b>P9.</b> Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado em 41.5% (6)	Diminuir para 30% a taxa do conhecimento sobre a proteção contra as IST não demonstrado até ao final do projeto

<b>P10.</b> Crenças sobre suscetibilidade à infecção comprometidas em 41.5% (4)	Diminuir para 35% a taxa das crenças sobre suscetibilidade à infecção comprometida até ao final do projeto
---	--

Como indicadores de atividade neste projeto, definiram-se os seguintes:

- Taxa de adesão dos estudantes das turmas alvo de intervenção à resposta ao questionário de diagnóstico

$$\frac{\text{Nº de estudantes alvo de intervenção que responderam ao questionário de diagnóstico}}{\text{Nº total de estudantes alvo de intervenção}} \times 100$$

- Taxa de adesão dos estudantes das turmas alvo de intervenção à resposta ao questionário de avaliação

$$\frac{\text{Nº de estudantes alvo de intervenção que responderam ao questionário de avaliação}}{\text{Nº total de estudantes alvo de intervenção}} \times 100$$

- Taxa de EpS realizadas

$$\frac{\text{Nº de EpS realizadas}}{\text{Nº de EpS programadas}} \times 100$$

#### **2.2.4. Seleção de estratégias**

A etapa de seleção de estratégias “(...) é uma das etapas fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1993:87). Estratégia de saúde define-se “(...) como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1993: 87).

Na seleção das estratégias a implementar num projeto devem ser tidos em conta os recursos existentes e os custos inerentes à sua implementação, para que a seleção recaia sobre estratégias que sejam exequíveis, que se constituam como efetivas na resposta aos objetivos delineamos previamente e sejam adequadas à população alvo. Algumas das estratégias definidas neste projeto procuraram envolver os estudantes de forma individual ou em grupo,

tornando-os os protagonistas do processo de aprendizagem fomentando que as aprendizagens fossem assim significativas e duradouras.

No Projeto SER, atendendo aos objetivos e metas traçados, as estratégias definidas passaram por:

- Definição de um plano de sessões de EpS, com metodologia expositiva, demonstrativa e interativa, compostas por:
  - Brainstorming
  - Discussão de casos práticos
  - Recursos a vídeos e músicas nas sessões de EpS
  - Demonstração da colocação do preservativo
- Panfletos
- Criação de um endereço eletrónico para dar resposta a questões e dúvidas
- Dinamização do Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA) na escola, com presença do EEEC, em dia e horário fixo, uma vez por mês.

#### **2.2.5. Elaboração do projeto e preparação de execução**

Um projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um determinado resultado (Imperatori e Giraldes, 1993). O Projeto SER, desde a sua conceção que formalmente se pode dizer teve início a primeira reunião com os professores da escola que foi alvo do mesmo, passando pelas diferentes etapas do planeamento em saúde, até ao momento final que passou pela avaliação dos resultados e consequente reunião com os professores para lhes dar conhecimento dos mesmos, poder-se-á dizer que teve como horizonte temporal o ano letivo 2018/2019.

A preparação da execução propriamente dita do projeto, surge sobretudo com propósitos didáticos. Quando entendida como uma fase do planeamento em saúde, pretende mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições e acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos e facilitar a realização das atividades (Imperatori e Giraldes, 1993). Nesta etapa, dever-se-á “especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser

concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (Imperatori e Giraldes, 1993: 149).

As diferentes atividades do projeto SER estão contempladas no cronograma final que sofreu ligeiras alterações ao longo do tempo, nomeadamente no que concerne às datas das reuniões com os professores e das intervenções na escola (quer dos GIAA, quer das EPS), por necessidade ora da própria escola, ora do responsável do projeto, mas sempre por acordo entre as partes.

No que respeita às EpS a distribuição dos conteúdos a abordar foram distribuídos da forma que consta no quadro seguinte.

QUADRO 7: Planos de EPS

<b>Sessão EpS 1</b>	<p><b>P4.</b> Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado em 35.1%</p> <p><b>P6.</b> Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspetos biológicos] não demonstrado em 3.2%</p> <p><b>P3.</b> Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado em 52.1%</p> <p><b>P5.</b> Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado em 35.1%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O conceito de sexualidade e as suas dimensões</li> <li>• Adolescência: período de mudança e transformação</li> <li>• A reprodução humana: aparelho reprodutor masculino e feminino</li> <li>• Ciclo menstrual e ovulatório</li> </ul>
<b>Sessão EpS 2</b>	<p><b>P1.</b> Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado em 70.2%</p> <p><b>P2.</b> Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado em 66%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversidade sexual e expressão da sexualidade</li> <li>• Violência no namoro, maus tratos e relações abusivas</li> </ul>
<b>Sessão EpS 3</b>	<p><b>P7.</b> Conhecimento sobre IST não demonstrado em 45.7%</p> <p><b>P8.</b> Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado em 43.6%</p> <p><b>P9.</b> Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado em 41.5%</p> <p><b>P10.</b> Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas em 41.5%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais IST</li> <li>• Métodos contraceptivos</li> </ul>

O plano de sessão de cada umas das sessões de EpS pode ser consulta no Anexo 6.

### 2.2.6. Execução do projeto

Os marcos mais importantes, que considero mesmo fundamentais, na execução do Projeto SER consistiram e passo a enumerar:

- Reuniões com professores

A primeira reunião para avaliar a possibilidade de implementar um projeto na escola ocorreu no início do ano letivo 2018/2019, em setembro de 2018, com a professora coordenadora da área da educação para a saúde. Assim que foi apresentada a metodologia do projeto e referidas as diferentes áreas de intervenção do PNSE, a área da educação para os afetos e a sexualidade emergiu logo como premente e a escolha dos estudantes das turmas dos 10º anos pareceu a mais evidente, pelo que os diretores de turma das quatro turmas de 10º ano também foram consultados e tiveram voz nesta decisão. Neste ciclo de reuniões, seguiram-se mais duas. A que teve lugar no início de fevereiro de 2019, serviu para dar a conhecer o questionário que foi construído e definir o processo para a sua aplicação, bem como desde já refletir sobre a intervenção futura, nomeadamente a disponibilidade letiva para integrar as EpS. A última reunião ocorreu em meados de julho para dar conhecimento dos resultados obtidos e fazer a avaliação do Projeto.

- GIAA

Na primeira reunião com a professora coordenadora da área da educação para a saúde definiu-se como estratégia, como meio de fomentar a relação com a comunidade escolar e ter uma outra perspetiva sobre as necessidades dos estudantes, a dinamização do GIAA na escola (que não existia), com presença do EECC. Atendendo aos constrangimentos da disponibilidade, apenas foi possível definir a primeira segunda-feira de cada mês, entre as 13h e as 15h, horário considerado mais pertinente por abranger o horário do almoço em que os estudantes estão livres e circulam pela escola. A divulgação do funcionamento deste espaço foi feita através dos professores nas aulas e por cartazes afixados em vários locais considerados estratégicos (salas de aula, corredores, espaço de refeições, secretaria). O GIAA funcionou nos meses de novembro de 2018 a junho de 2019, numa sala disponibilizada pela escola, que garantia as condições de atendimento necessárias.

- Aplicação dos instrumentos de colheita de dados

A aplicação do questionário de diagnóstico teve lugar em fevereiro de 2019 e a aplicação do questionário de avaliação ocorreu em junho de 2019.



- EpS

Analizados os resultados do questionário de diagnóstico e definidas as prioridades para a intervenção, foram planeadas três EpS, atendendo à disponibilidade letiva proporcionada pelos professores, que ocorrem nos meses de março, abril e maio de 2019, nas quatro turmas de 10º ano.

### 2.2.7. Avaliação

Imperatori e Giraldez (1993: 173), referem que “(...) avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” e ainda que “a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori e Giraldez, 1993: 174).

Naturalmente que, na área de saúde, o grande objetivo de um projeto de intervenção é que no final do mesmo o estado de saúde da população intervencionada seja melhor que aquele que foi inicialmente diagnosticado. No decorrer do processo de avaliação também deve ser levada a cabo uma reflexão sobre as estratégias, os meios e os recursos utilizados e se foi cumprida a grande missão de atingir os objetivos inicialmente definidos. Feita essa análise, há que ponderar a necessidade da continuidade do projeto e/ou a sua reformulação.

De acordo com Imperatori e Giraldez (1993) os valores de referência na fase de avaliação no planeamento em saúde podem ser o diagnóstico de situação inicial e os objetivos ou metas fixadas. Será desta forma que iremos proceder para avaliar o Projeto SER apresentando de seguida, nos QUADROS 8 e 9, os diagnósticos que refletem os resultados do questionário de avaliação (que podem ser consultados na sua totalidade no Anexo 5), comparando-os com as metas traçadas e os diagnósticos iniciais.

QUADRO 8: Resultados associados ao foco processo tomada de decisão

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO COMPROMETIDO		
Diagnóstico inicial	Meta	Diagnóstico final
Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspectos biológicos] não demonstrado em 3.2%	Diminuir para 0% a taxa do conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspectos	Conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspectos biológicos] não demonstrado em 0%

	biológicos] até ao final do projeto	
Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado em 52.1%	Diminuir para 30% a taxa do conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado em 24%
Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado em 35.1%	Diminuir para 20% a taxa do conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado em 7%
Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado em 66%	Diminuir para 50% a taxa do conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado em 0%
Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado em 70.2%	Diminuir para 55% a taxa do conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado em 17%
Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado em 35.1%	Diminuir para 20% a taxa do conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado em 7%

No que respeita a todos os diagnósticos do foco processo de tomada de decisão, todas as metas foram atingidas e mesmo superadas, com um aumento significativo dos conhecimentos dos estudantes em algumas áreas, como por exemplo:

- Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado, redução de 52.1% para 24%
- Conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado, redução de 35.1% para 7%
- Conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado, redução de 66% para 0%
- Conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual, redução de 70.2% para 17%
- Conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado, redução de 35.1% para 7%

No entanto, os mesmos dados devem-nos fazer pensar na importância da continuidade do projeto, dado que ainda permanecem falta de conhecimentos em alguns estudantes em áreas que são fundamentais, como o conceito de sexualidade (7%), a fisiologia da reprodução humana (24%), o ciclo menstrual e ovulatório (7%) e questões ligadas à identidade e papel de género e orientação sexual (17%).

QUADRO 9: Resultados associados ao foco Suscetibilidade à infeção

SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO AUMENTADA		
Diagnóstico inicial	Meta	Diagnóstico final
Conhecimento sobre IST não demonstrado em 45.7%	Diminuir para 30 % a taxa do conhecimento sobre IST não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre IST não demonstrado em 30%
Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado em 41.5%	Diminuir para 30% a taxa do conhecimento sobre a proteção contra as IST não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado em 43%
Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado em 43.6%	Diminuir para 25% a taxa do conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado até ao final do projeto	Conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado em 38%
Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas em 41.5%	Diminuir para 35% a taxa das crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometida até ao final do projeto	Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas em 37%

No caso dos diagnósticos associados ao foco suscetibilidade à infeção, apenas uma das metas traçadas foi alcançada: o conhecimento sobre IST não demonstrado, que obteve uma redução de 45.7% para 30%. Nas outras metas definidas para este foco, nos diagnósticos conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado e as crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas, ainda que se tenham verificado decréscimos nas percentagens dos, os mesmos ficaram aquém do que tinha sido definido. No que diz respeito ao diagnóstico do conhecimento sobre proteção contra as IST não demonstrado houve, contrariamente ao que seria esperado e desejado, um ligeiro aumento de 41.5% para 43%. Não encontramos uma razão para este resultado mas, colocamos a hipótese de, atendendo à população estudada, em termos de características e de número, facilmente com um número muito reduzido de respostas dadas de forma irrefletida e desatenta, este resultado surgir.

Como indicadores de atividade neste projeto, todos os que foram definidos foram concretizados, como se poderá constatar na página seguinte.

- Taxa de adesão dos estudantes das turmas alvo de intervenção à resposta ao questionário de diagnóstico

$$\frac{\text{Nº de estudantes alvo de intervenção que responderam ao questionário de diagnóstico}}{\text{Nº total de estudantes alvo de intervenção}} \times 100$$
$$94/94 \times 100 = 100\%$$

- Taxa de adesão dos estudantes das turmas alvo de intervenção à resposta ao questionário de avaliação

$$\frac{\text{Nº de estudantes alvo de intervenção que responderam ao questionário de avaliação}}{\text{Nº total de estudantes alvo de intervenção}} \times 100$$
$$94/94 \times 100 = 100\%$$

- Taxa de EpS realizadas

$$\frac{\text{Nº de EpS realizadas}}{\text{Nº de EpS programadas}} \times 100$$
$$12/12 \times 100 = 100\%$$

Com uma efetiva articulação com os professores e um esforço coletivo dos mesmos e dos estudantes foi possível aplicar o questionário de avaliação a todos os estudantes que tinham respondido ao questionário de diagnóstico.

Estando envolvidas as quatro turmas de 10º ano da escola e tendo sido programadas três sessões de EpS para cada uma das turmas, no total foram realizadas as 12 sessões previstas. Importa referir que os 94 estudantes envolvidos não estiveram todos presentes em todas as sessões, tendo-se verificado em algumas delas ausências de estudantes, ainda que em número reduzido.

## CONCLUSÃO

A família é a unidade básica da sociedade e deverá ser no seio da mesma que as crianças e jovens adquirem os primeiros conhecimentos relacionados com a (sua) sexualidade. No entanto, à medida que a criança cresce e o adolescente se desenvolve, outros contextos e meios de aprendizagem surgem e tornam-se significativos.

A adolescência é um período marcado por imensas transformações no corpo e na personalidade do jovem e as mesmas constituem-se como contributo decisivo para a definição da sua imagem pessoal. A vivência da sexualidade envolve uma série de dimensões como abordamos, criando uma realidade complexa do indivíduo, nas suas diferentes vertentes: biológica, psicológica, social, cultural, espiritual.

Quando falamos de sexualidade temos de a reconhecer como fonte de prazer e comunicação, como fator de realização pessoal e das relações interpessoais, valorizar as diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida, reconhecer a importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade, reconhecer que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual (Marques e Prazeres, 2000).

Com a consciência que o exercício da sexualidade acarreta implicações no processo reprodutivo e na própria saúde do adolescente, a educação e promoção da saúde neste domínio nas escolas adquire particular importância e valor.

No âmbito do PNSE da DGS e do Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) da Direção-Geral da Educação, a abordagem holística da promoção da saúde na escola processa-se de acordo com uma metodologia de trabalho por projeto em prol da promoção e educação para a saúde na escola (DGS, 2015).

A educação para os afetos e a sexualidade deve envolver a escola como um todo – crianças, alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, docentes e não docentes, começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, contribuir para a tomada de decisões

responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (DGS, 2015).

A perspectiva de articulação da educação para a saúde nas escolas com as equipas de saúde escolar faz todo o sentido, visando a cooperação necessária em matéria de saúde global. Assim, as UCC dos ACES dispõem do enquadramento profissional para esta resposta, através das equipas de saúde escolar, por exemplo (OE, 2009).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional os enfermeiros assumem o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades do cliente. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2009).

Em saúde escolar, o desafio da construção de redes de afetos, que melhorem a comunicação, as relações interpessoais e as aptidões essenciais para a vida é nuclear. Para a construção dessas mesmas redes de afeto é necessário tempo para que os intervenientes se vão conhecendo e criando laços de confiança e empatia. O facto de ter estado mensalmente na escola na dinamização do GIAA promoveu uma aproximação à comunidade escolar como um todo, e aos estudantes em particular, o que facilitou não só o conhecimento da realidade, como o desenvolvimento posterior do Projeto SER.

Trabalhar esta área de intervenção, com adolescentes, é particularmente gratificante e enriquecedor, apesar do desafio que representa. Apesar de, na generalidade, considerar os resultados finais satisfatórios no que concerne à aquisição de conhecimentos, existem outros domínios para além do conhecimento, que apontam para comportamentos e crenças, que necessitam que seja feita uma reflexão séria sobre os resultados obtidos e que sustentam ainda mais a necessidade de continuar a intervenção nesta área: o conhecimento não demonstrado sobre proteção contras as IST e sobre o uso do preservativo continua com percentagens muito significativas (39% e 38%, respetivamente); as crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas atingem os 37% e o uso do preservativo (nos 52.1% de estudantes que responderam já terem iniciado a atividade sexual) não é usado em todo o tipo de relações (orais, vaginais, anais) por 60.8%.

Fazendo uma reflexão sobre o percurso percorrido ao longo da frequência deste curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, penso que facilitará se fizer uma análise SWOT.

Como pontos fortes, destaco:

- Ser EEEC: possuir já a especialidade em Enfermagem Comunitária foi claramente facilitador da implementação de todo o projeto que teve por base o planeamento em saúde, além de permitir um aprofundar e consolidar das competências específicas;
- Estar na Equipa de Saúde Escolar a tempo inteiro: efetivamente este foi um fator facilitador para o desenvolvimento de todo o processo, apesar de ser responsável por um parque escolar com mais de 2500 alunos;
- Instrumento de colheita de dados em suporte de papel: perante a escassez de meios informáticos que a escola dispunha, esta opção de o questionário ser em suporte de papel permitiu que, com a colaboração dos professores, a adesão dos estudantes fosse de 100%.

Como pontos fracos, apraz-me referir:

- Instrumento de colheita de dados em suporte de papel: se é verdade que como acabei de mencionar esta opção foi um ponto positivo na adesão dos estudantes, por outro, foi menos positivo no trabalho e tempo que exigiu da minha parte para introduzir os dados;
- Mudança profissional: em março de 2019 vi-me confrontado com o assumir das funções de coordenação na unidade onde exerço funções o que me trouxe constrangimentos, sobrecarga de trabalho com outras tarefas e que implicou uma reformulação de alguns aspetos que estavam inicialmente planeados;
- A definição dos diagnósticos pela negativa, não estando incorreta, poderá ter um impacto menor para o leitor, dificultando a apreensão dos resultados em termos dos ganhos em saúde.

Como ameaças, identifico as seguintes:

- Tempo curricular disponibilizado para o projeto: este é um dos constrangimentos normalmente invocados pelas escolas e aqui não foi exceção. Mediante os conteúdos programáticos que têm para lecionar foi alegado não haver disponibilidade para mais do que as três sessões de EpS;

- Aplicação do questionário de avaliação menos de um mês após a última intervenção: tendo em conta que o projeto era muito focado na promoção da aquisição de conhecimento, atendendo ao planeamento que foi possível, conciliando as disponibilidades quer da escola, quer da minha parte, a aplicação do questionário final de avaliação teve de ser aplicado cerca de três semanas após a última EpS, o que pode não ter sido suficiente para se inferir sobre a consolidação dos conhecimentos;
- Documentação no sistema de registo de Enfermagem (SCLínico): o sistema, apesar das melhorias evidentes nos últimos anos, não permite de forma facilitadora identificar diagnósticos relacionados com grupos ou comunidades como clientes e no domínio da sexualidade e os afetos ainda tem muita pouca informação parametrizada;
- Ausência de envolvimento e outros elementos da escola: esta ameaça estava prevista desde o início, dado que a possibilidade que houve desde o início foi a do envolvimento dos diretores das turmas envolvidas. Seria, no entanto, pertinente que outros elementos da comunidade educativa pudessem ter sido envolvidos, tais como outros professores e pessoal não docente e, ainda que muito mais difícil neste nível de ensino, os próprios encarregados de educação.

Como oportunidades, considero de particular relevância:

- Apoio da orientadora e do coorientador ao longo de todo o processo;
- Comunicação e articulação com a escola: desde o primeiro momento, apesar da “novidade” nesta abordagem da intervenção em saúde escolar para o contexto, houve da parte da escola e, particularmente da professora coordenadora da área da educação para a saúde, entusiasmo e envolvimento, tendo sido um motor fundamental do projeto, a par da disponibilidade dos diretores de turma;
- Envolvimento dos estudantes: aspeto também ele fundamental, para o qual contribuiu, como já foi referido anteriormente, a relação que se foi criando ao longo do ano letivo, nomeadamente com o funcionamento do GIAA no início do ano letivo;
- Continuidade do projeto: perante os resultados obtidos, e como também seria essa a expectativa inicial do projeto, na última reunião com os professores, há vontade de continuar a acompanhar os estudantes que agora foram intervencionados, no ano letivo seguinte (11º ano), bem como implementar o projeto com os novos estudantes que ingressarem no 10º ano.

Tratando-se de um curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, é oportuno fazer referência à consolidação das competências do EEEC. No que diz respeito a estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do



planeamento em saúde, a mesma foi posta em prática, com todas as etapas do planeamento a serem executadas; quanto a contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, esse era um dos objetivos primeiros do projeto, que visava promover a literacia em saúde dos jovens, na área da sexualidade, promovendo a aquisição de conhecimentos, constituindo-me como líder do processo e o responsável pela gestão da informação inerente; quanto à integração e coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário na prossecução dos objetivos do PNS, este projeto, numa vertente local, contribui para dar resposta a prioridades que estão identificadas no PNSE e no Plano Local de Saúde do ACES; por último, quanto a realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, no âmbito da área geográfica da UCC, o diagnóstico feito contribui para o diagnóstico local do ACES.

Não poderia terminar este trabalho sem fazer referência aos objetivos do curso, que considero terem sido atingidos com o desenvolvimento deste trabalho de projeto, na medida em que:

- Aprofundei e consolidei conhecimentos sobre o planeamento em saúde, a saúde escolar e o PNSE, sobre a adolescência e a sexualidade;
- Desenvolvi e implementei o Projeto SER, enquanto projeto na área da promoção da sexualidade e afetos dos adolescentes, recorrendo a pesquisa bibliográfica e à evidência disponível na área;
- Contribui com conhecimentos para aumentar a literacia em saúde dos adolescentes no domínio da sua sexualidade e creio que isso pesará nas suas decisões futuras, para que sejam mais conscientes e responsáveis e promotoras da sua saúde e do seu bem-estar;
- Claramente que, neste percurso, como qualquer processo formativo assim exige, desenvolvi competências de investigação e de análise crítico-reflexiva.

Com o reconhecimento obtido da comunidade escolar sobre o Projeto SER e a porta aberta para a sua continuidade, considero tal facto como a mais importante recompensa do meu trabalho. O caminho trilhado ao longo deste processo afigurou-se árduo, com algumas mudanças, nomeadamente de âmbito profissional, que implicaram ajustes inicialmente não previstos e que tiveram repercussões na disponibilidade, nomeadamente de tempo, para a execução do projeto, mas as dificuldades só aumentaram a satisfação de ver concluída com sucesso mais esta etapa da minha vida profissional e académica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. F. R. (2010). O conhecimento e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva: um estudo correlacional em estudantes universitários (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências., Lisboa.

Ahumada, J. et al. *Problemas Conceptuales y Metodologicos de la Programación de la Salud*, Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1965

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2007). As mil faces da adolescência. Lisboa. Climepsi Editores

Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 2. 5-12

Brás, M.A.M (2008). A sexualidade do adolescente: a perspetiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Cantante, A. P. (2013). A sexualidade nos jovens na perspetiva dos estudantes do ensino superior: do conceito à prática (Tese de doutoramento). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. URL <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/8192/TESE%20ana%20cantante.pdf?sequence=1>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (edição portuguesa). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95099-35-7

Direção Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (versão resumo). Lisboa. URL [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_maio20133.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020. Lisboa. URL <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa. URL <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Lisboa. URL [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauede/referencial\\_educacao\\_saude\\_vf\\_junho2017.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauede/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf)

Divisão de Saúde Sexual e Reprodutiva Infantil e Juvenil (2018). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, volume 37, pp. 18-25

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – uma acção colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

Instituto Nacional de Estatística (2019). Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe; Anual. URL [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt)

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017). Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Lisboa: INSA IP

Loureiro, I. & Miranda N. (2010). *Promover a Saúde, dos Fundamentos à Ação*. Coimbra: Almedina.

Marques A. & Prazeres V. (coords.) (2000). Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras. Lisboa: Ministério da Educação e Ministério da Saúde

McEwen, M., Wills E.M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem* (4ª ed). Porto Alegre: Artmed

Melo, P., Borges, E. & Figueiredo M.H. (2012). Os diagnósticos de enfermagem em educação para a sexualidade em meio escolar. Atas do II congresso internacional de enfermária comunitária. Barcelona. URL <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14645/1/ARTIGO-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sexualidade%20em%20Meio%20Escolar.pdf>

Miguel, L. & Sá, A. (2010). Cuidados de saúde primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde

Ministério da Saúde. Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Diário da República, 2ª série, n.º 74 de 16 de abril de 2009

Nelas, P.A.A.B. (2010). Educação sexual em contexto escolar (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro. URL <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4656/1/1%20-%20TESE%20DOUTORAMENTO%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20SEXUAL%20EM%20CONTEXTO%20ESCOLAR.pdf>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. URL <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285385-pt>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa. URL <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer N.º 109/2009 – Educação Sexual nas Escolas. Conselho de Enfermagem. Lisboa. URL [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_CE-109-2009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª série, n.º 135 de 16 de julho

República Portuguesa. Lei n.º 59/1979 de 15 de setembro. Diário da República, 1ª série, n.º 214 de 15 de setembro de 1979

República Portuguesa. Lei n.º 48/1990 de 24 de agosto. Diário da República, 1ª série, n.º 195 de 24 de agosto de 1990

República Portuguesa. Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República, 1ª série, n.º 38 de 22 de fevereiro de 2009

República Portuguesa. Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto. Diário da República, 1ª série, n.º 151 de 6 de agosto de 2009

República Portuguesa. Portaria 196- A/2010 de 9 de abril. Diário da República, 1ª série, n.º 69, 1º Suplemento.

República Portuguesa (2015). Lei n.º 156 de 16 de setembro. Código Deontológico do Enfermeiro inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série, n.º 181, de 16 de setembro de 2015

Ribeiro, T. T. (2007). Estudo dos comportamentos e conceitos sobre sexualidade: Caracterização dos estudantes do ensino superior.

Ribeiro, T. T. (2008). Educação em meio escolar: os valores comuns. Actas do V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Saboga-Nunes L. (2014) Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*. Série III, 94-99

Simões, J. & Ferrinho, P. (2017). Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. *Anais do IHMT*. 16 (Supl. 1), 17-23

Simões, J. (2017). Planeamento em saúde: da investigação à decisão política, na Europa, nas Américas e em África. *Anais do IHMT*. 16 (Supl. 1), 7-8

Tavares, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010). Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde. In S. a. United Nations Educational, Razões em favor da educação em sexualidade (Vol. I, pp. 1-129). Brasília: UNESCO.

WHO. Sexual and reproductive health. Defining sexual Health. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

## **ANEXOS**

## **Anexo 1: Cronograma do Projeto**

## CRONOGRAMA

### PROJETO S.E.R. – Sexualidade: Escolhas com Responsabilidade

	2018				2019							
Atividades/Tarefas	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Pesquisa bibliográfica												
Reunião com professores da escola												
Definição do público-alvo e área de intervenção												
Construção do questionário de diagnóstico												
Aplicação do pré-teste												
Avaliação/reformulação do pré-teste												
Aplicação do questionário de diagnóstico												
Avaliação e tratamento dos resultados												
Priorização das necessidades												
Definição de metas e objetivos												
Seleção de estratégias												
Intervenção (GIAA)												
Intervenção (EpS)												
Aplicação do questionário de avaliação												
Avaliação e tratamento dos resultados												
Elaboração do trabalho de projeto												



## **Anexo 2: Questionário de diagnóstico**

## QUESTIONÁRIO

Este questionário enquadra-se no trabalho de projeto desenvolvido no âmbito da Saúde Escolar e pretende avaliar os conhecimentos e as crenças dos jovens na área da educação para os afetos e a sexualidade. É muito importante que as respostas sejam sinceras, não te preocupes se estás a responder certo ou errado. O questionário é anónimo e a informação recolhida é confidencial. O seu preenchimento demora aproximadamente dez minutos. Desde já agradeço a tua colaboração e disponibilidade.

Considero-me informado sobre este questionário e aceito responder (colocar X).

☐

**Nas questões 1, 3, 4 e 5 coloca X na opção ou opções que correspondem à(s) tua(s) resposta(s).**

**01.** Sexo: Feminino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

**02.** Idade: \_\_\_\_ anos

**03.** Já alguma vez falaram contigo sobre “sexualidade”? Se sim, indica onde:

Nunca falaram comigo sobre sexualidade \_\_\_\_

Em casa \_\_\_\_

Na escola \_\_\_\_

Noutro contexto. Refere qual:

No Centro de Saúde \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No Centro de Atendimento a Jovens (CAJ) \_\_\_\_

**04.** Indica a(s) pessoa(s) com quem falas mais frequentemente sobre sexualidade:

Não falo com ninguém \_\_\_\_

Pai/mãe \_\_\_\_

Irmão/irmã \_\_\_\_

Outro familiar \_\_\_\_

Amigo(a) \_\_\_\_

Namorado(a) \_\_\_\_

Professor(a) \_\_\_\_

Profissional de saúde \_\_\_\_

**05.** Já iniciaste atividade sexual (que envolva sexo oral, vaginal ou anal)?

Sim \_\_\_\_

Não \_\_\_\_ (passa para a pergunta 7)

Responde às próximas afirmações com V (verdadeiro) ou F (falso). Se não souberes deixa em branco.

06	Uso o preservativo em todo o tipo de relações sexuais (orais, vaginais, anais).	
07	São exemplos de caracteres sexuais masculinos o aparecimento de pelos nas axilas e região púbica, voz grossa, desenvolvimento dos testículos e pénis.	
08	São exemplos de caracteres sexuais femininos o aparecimento de pelos nas axilas e região púbica, desenvolvimento das mamas, início do período menstrual.	
09	A masturbação é um comportamento normal de descoberta do próprio corpo.	
10	A ovulação corresponde à produção do óvulo.	
11	A fecundação consiste na fusão do óvulo com o espermatozoide, formando-se o ovo ou zigoto.	
12	Se a ovulação ocorrer até dois dias antes ou após uma relação sexual desprotegida, pode ocorrer uma gravidez.	
13	Se uma relação sexual desprotegida ocorrer três dias antes da ovulação pode acontecer uma gravidez.	
14	A menstruação corresponde à expulsão do óvulo que não foi fertilizado.	
15	O ciclo menstrual é igual em todas as mulheres.	
16	O período fértil corresponde ao período em que o óvulo pode ser fecundado pelo espermatozóide.	
17	Existem diferentes tipos de métodos contraceptivos.	
18	O preservativo é um exemplo de um método barreira.	
19	A pílula é um exemplo de um método hormonal.	
20	A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceção regular, desde que prescrita pelo médico.	
21	A pílula do dia seguinte pode ser tomada até cinco dias após uma relação sexual desprotegida.	
22	Devem existir períodos regulados entre as gravidezes.	
23	Em Portugal, uma mulher pode decidir optar pela interrupção voluntária da gravidez (IVG) até às 10 semanas.	
24	Exemplos de efeitos de uma IVG no organismo da mulher podem ser: hemorragias, febre, diarreia, cólicas abdominais.	
25	Uma infeção sexualmente transmissível (IST) é uma infeção contagiosa cuja transmissão é por via anal.	
26	São exemplos de IST: hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, sífilis e VIH.	
27	O Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) pode transmitir-se através dos fluidos sexuais, do contacto direto com sangue e através da amamentação.	
28	O coito interrompido (retirar o pénis da vagina antes da ejaculação) é um método contraceptivo eficaz.	
29	O preservativo é o único método que protege contra as IST.	
30	O sentimento é construído e duradouro ao longo do tempo.	
31	As emoções manifestam-se através da expressão corporal e facial, como o choro e o riso, por exemplo.	
32	Amor e amizade são emoções e alegria e tristeza são sentimentos.	
33	Existem hormonas que contribuem para as alterações de humor e das emoções.	
34	A gravidez na adolescência pode condicionar as relações sociais dos adolescentes.	
35	Uma relação abusiva consiste num ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um(a) dos(as) parceiros sobre o(a) outro(a), numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder na relação.	
36	São sinais de violência no namoro: controlar o telemóvel, agredir fisicamente, controlar a forma de vestir e humilhar publicamente o(a) parceiro(a).	

<b>37</b>	A identidade de género consiste no modo como cada um de nós se vê: ser homem ou ser mulher.	
<b>38</b>	O papel de género corresponde ao conjunto de regras socialmente definidas para o género masculino ou feminino: forma de vestir, comportamento, pensamentos, forma de se relacionar.	
<b>39</b>	A orientação sexual diz respeito a por quem nos sentimos atraídos afetiva e sexualmente.	
<b>40</b>	Existem trabalhos e tarefas que são para homens e outros que são para mulheres.	
<b>41</b>	A sexualidade é um conceito abrangente e complexo que envolve as dimensões biológica, psicológica, sociocultural e ética.	
<b>42</b>	A definição de sexualidade consiste na relação sexual entre duas pessoas.	
<b>43</b>	Uma pessoa gostar de outra pessoa do mesmo sexo é normal.	
<b>44</b>	Um rapaz querer ser bailarino é normal.	
<b>45</b>	Uma rapariga querer mudar de sexo é sinal de perturbação mental.	
<b>46</b>	Os preservativos têm data de validade.	
<b>47</b>	O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual, com o pénis ereto.	
<b>48</b>	O reservatório deve ser apertado durante a colocação para não ganhar ar.	
<b>49</b>	O preservativo deve ser retirado ainda com o pénis ereto.	
<b>50</b>	No final da relação, após ser retirado, o preservativo deve ser colocado no lixo comum.	
<b>51</b>	Na primeira relação sexual, não há risco de engravidar ou contrair uma IST.	
<b>52</b>	Quando a relação de namoro é estável e há confiança posso ter relações sexuais sem preservativo.	

### **Anexo 3: Questionário de avaliação final**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL

Este questionário de avaliação enquadra-se no trabalho de projeto desenvolvido no âmbito da Saúde Escolar e pretende avaliar os conhecimentos dos jovens na área da educação para os afetos e a sexualidade, após a fase intervenção do Projeto SER. O questionário é anónimo e a informação recolhida é confidencial. O seu preenchimento demora aproximadamente dez minutos. Desde já agradeço a tua colaboração.

Responde às próximas afirmações com V (verdadeiro) ou F (falso). Se não souberes deixa em branco.

1. São exemplos de caracteres sexuais masculinos: pelos nas axilas e região púbica, voz grossa, desenvolvimento dos testículos e pénis.	
2. São exemplos de caracteres sexuais femininos: pelos nas axilas e região púbica, desenvolvimento das mamas e início do período menstrual.	
3. A masturbação é um comportamento normal de descoberta do próprio corpo.	
4. A ovulação corresponde à produção do óvulo.	
5. A fecundação consiste na fusão do óvulo com o espermatozoide, formando-se o ovo ou zigoto.	
6. Se a ovulação ocorrer até dois dias antes ou após uma relação sexual desprotegida, pode ocorrer uma gravidez.	
7. A menstruação corresponde à expulsão do óvulo que não foi fertilizado.	
8. O ciclo menstrual é igual em todas as mulheres.	
9. O período fértil corresponde ao período em que o óvulo pode ser fecundado pelo espermatozóide.	
10. Existem diferentes tipos de métodos contraceptivos.	
11. A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceção regular, desde que prescrita pelo médico.	
12. A pílula do dia seguinte pode ser tomada apenas até cinco dias após a relação sexual desprotegida.	
13. Em Portugal, uma mulher pode decidir fazer uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) até às dez semanas de gravidez.	
14. Uma infeção sexualmente transmissível (IST) é uma infeção contagiosa cuja transmissão é por via anal.	
15. São exemplos de IST: hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, sífilis e VIH.	
16. O VIH pode transmitir-se através dos fluídos sexuais, do contacto direto com sangue infetado e através da gravidez e da amamentação.	
17. O coito interrompido (retirar o pénis da vagina antes da ejaculação) é um método contraceptivo eficaz.	
18. O preservativo é o único método que protege contra as IST.	
19. A gravidez na adolescência pode condicionar as relações sociais dos adolescentes.	
20. Uma relação abusiva consiste num ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um(a) dos(as) parceiros(as) sobre o(a) outro(a), numa relação de namoro, com o objetivo de a controlar, dominar e ter mais poder na relação.	
21. São sinais de violência no namoro: controlar o telemóvel, agredir fisicamente, controlar a forma de vestir e humilhar publicamente o(a) parceiro(a).	
22. A identidade de género consiste no modo como cada um(a) de nós se vê: ser homem ou ser mulher.	
23. O papel de género corresponde ao conjunto de regras socialmente definidas, arbitrariamente, para o género masculino ou feminino: forma de vestir, comportamento, pensamentos, forma de se relacionar.	
24. A orientação sexual diz respeito a por quem nos sentimos atraídos afetiva e sexualmente.	
25. Existem trabalhos e tarefas que são para homens e outros que são para mulheres.	
26. A sexualidade é um conceito abrangente e complexo que envolve as dimensões biológica, psicológica, sociocultural e ética.	
27. A definição de sexualidade consiste na relação sexual entre duas pessoas.	
28. Uma pessoa gostar de outra pessoa do mesmo sexo é normal.	
29. Um rapaz querer ser bailarino é normal.	
30. Uma rapariga querer mudar de sexo é sinal de perturbação mental.	

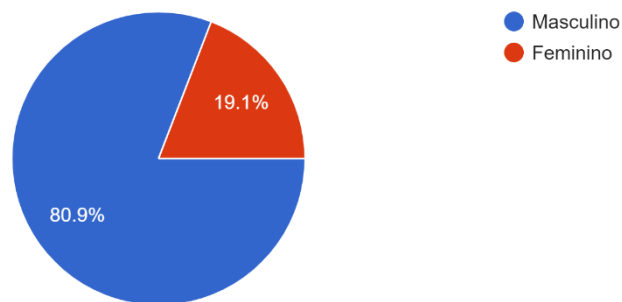
31. Os preservativos têm data de validade.	
32. O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual, com o pênis ereto.	
33. O reservatório deve ser apertado durante a colocação para não ganhar ar.	
34. O preservativo deve ser retirado ainda com o pênis ereto.	
35. No final da relação, após ser retirado, o preservativo deve ser colocado no lixo comum.	
36. Na primeira relação sexual, não há risco de engravidar ou contrair uma IST	
37. Quando a relação de namoro é estável e há confiança posso ter relações sexuais sem preservativo.	

#### **Anexo 4: Resultados do questionário de diagnóstico**



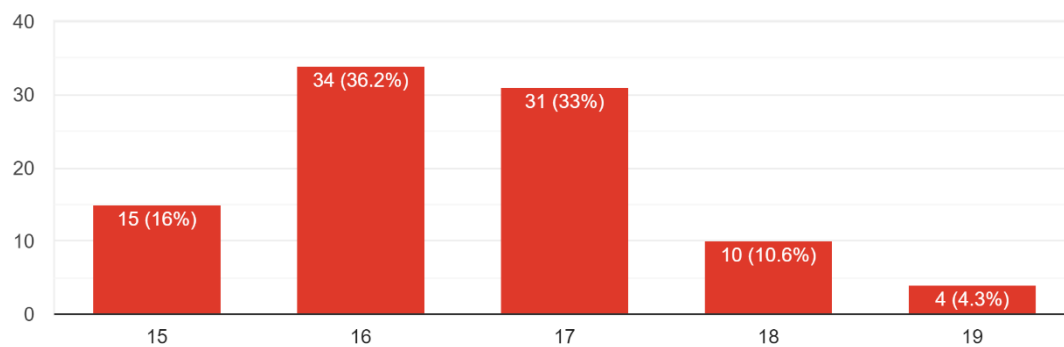
## 1. Sexo

94 responses



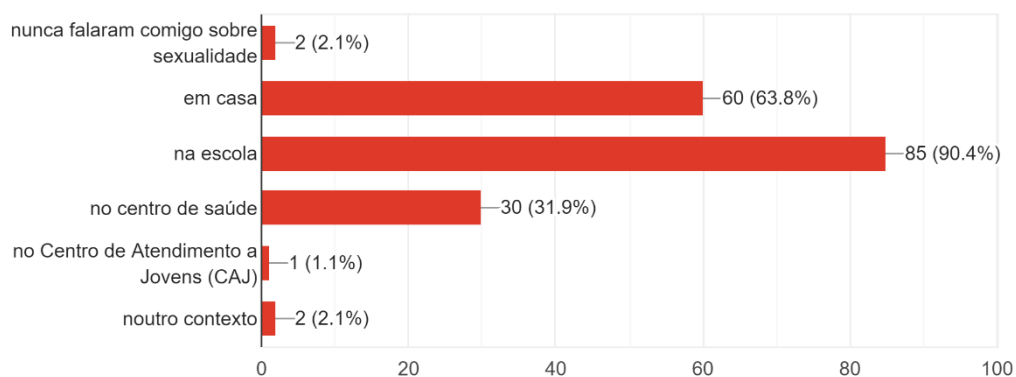
## 2. Idade

94 responses



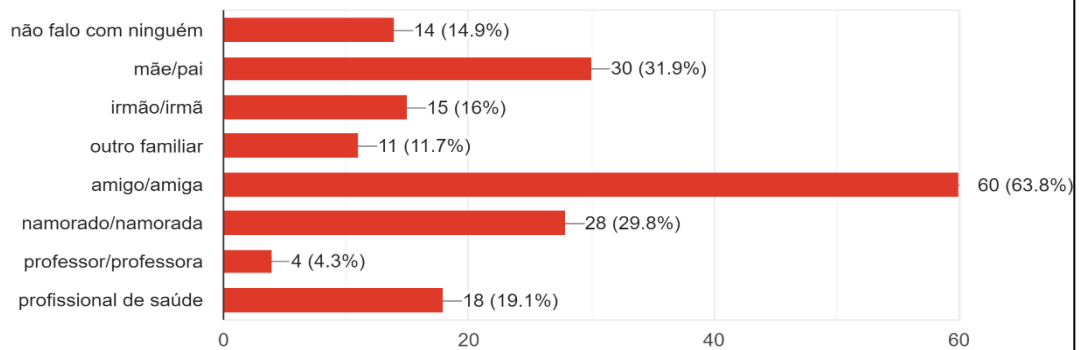
## 3. Já alguma vez falaram contigo sobre "sexualidade"? Se sim, indica onde:

94 responses



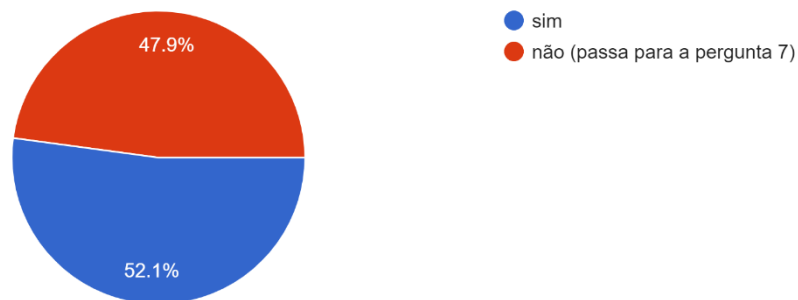
#### 4. Indica a(s) pessoa(s) com quem falas mais frequentemente sobre sexualidade:

94 responses



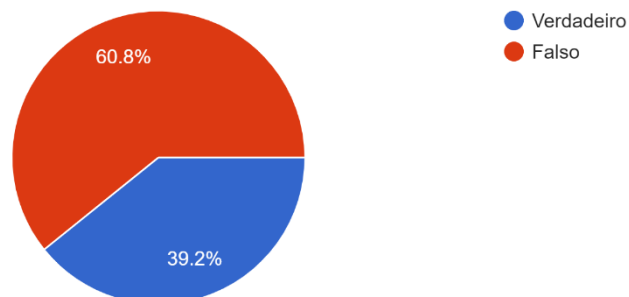
#### 5. Já iniciaste actividade sexual (que envolva sexo oral, vaginal ou anal)?

94 responses



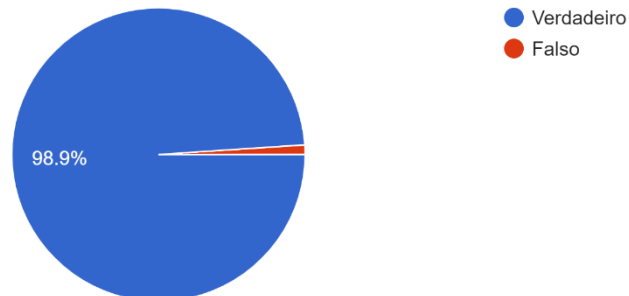
#### 6. Uso o preservativo em todo o tipo de relações sexuais (orais, vaginais, anais).

51 responses



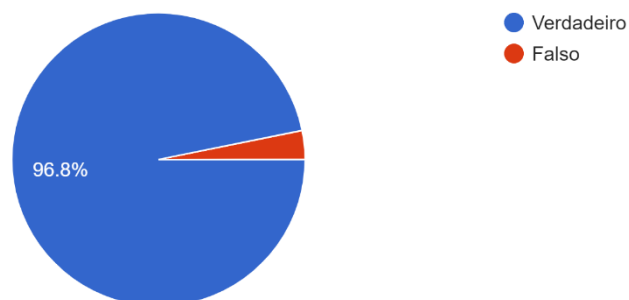
7. São exemplos de caracteres sexuais masculinos o aparecimento de pelos nas axilas e região púbica, voz ...esenvolvimento dos testículos e pênis.

94 responses



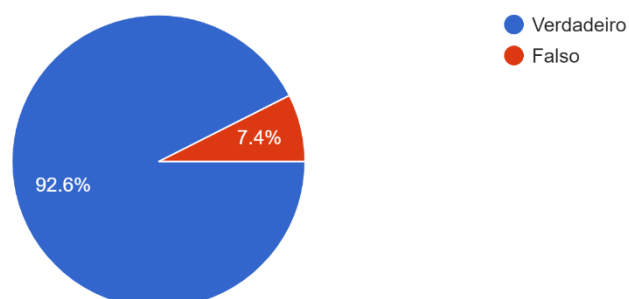
8. São exemplos de caracteres sexuais femininos o aparecimento de pelos nas axilas e região púbica, desenvolvi...s mamas, início do período menstrual.

94 responses



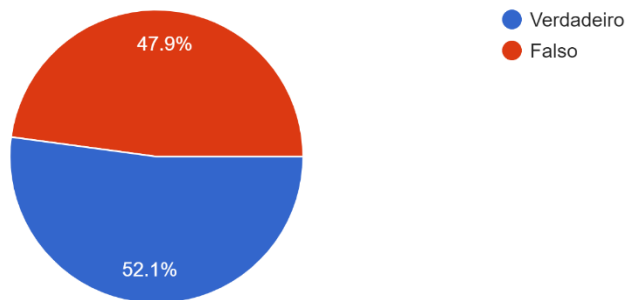
9. A masturbação é um comportamento normal de descoberta do próprio corpo.

94 responses



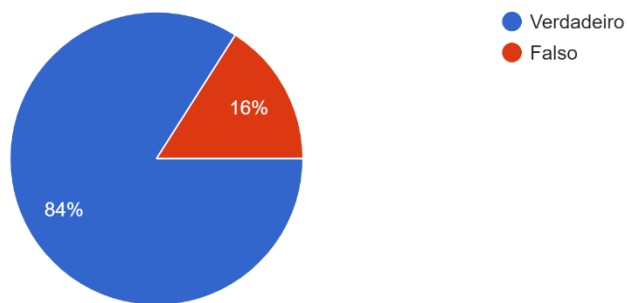
10. A ovulação corresponde à produção do óvulo.

94 responses



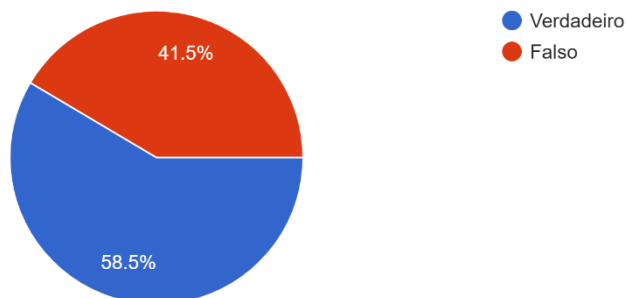
11. A fecundação consiste na fusão do óvulo com o espermatozóide, formando-se o ovo ou zigoto.

94 responses



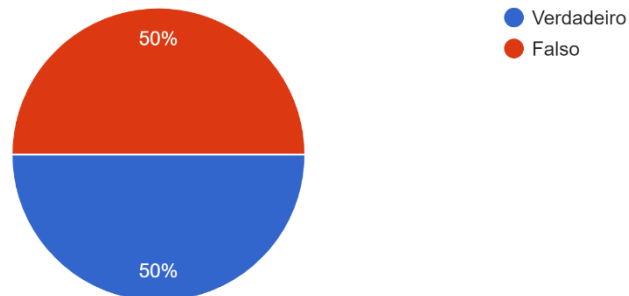
12. Se a ovulação ocorrer até dois dias antes ou após uma relação sexual desprotegida, pode acontecer uma gravidez.

94 responses



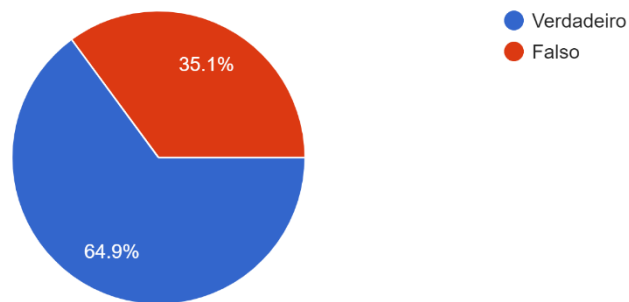
13. Se uma relação sexual desprotegida ocorrer três dias antes da ovulação pode acontecer uma gravidez.

94 responses



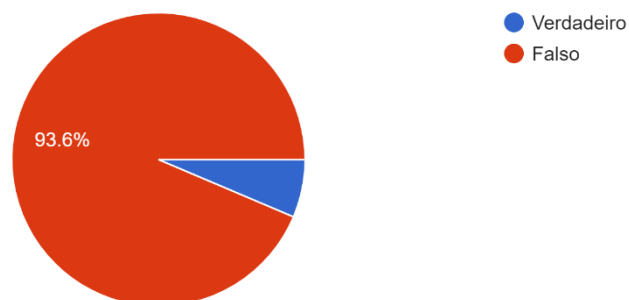
14. A menstruação corresponde à expulsão do óvulo que não foi fertilizado.

94 responses



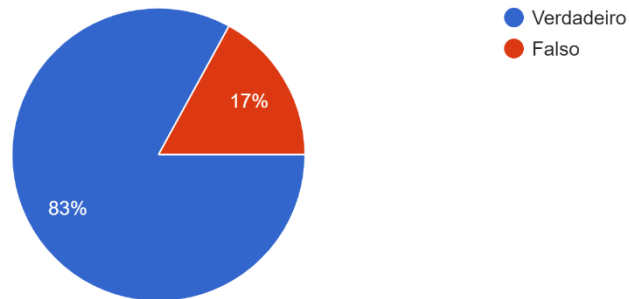
15. O ciclo menstrual é igual em todas as mulheres.

94 responses



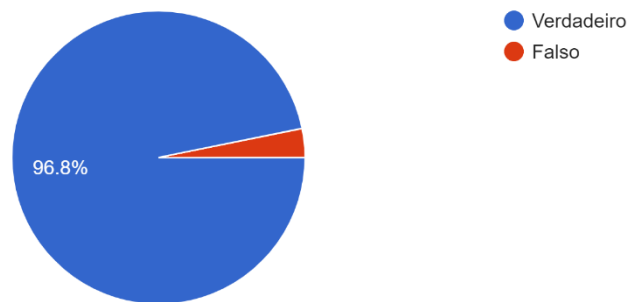
16. O período fértil corresponde ao período em que o óvulo pode ser fecundado pelo espermatozóide.

94 responses



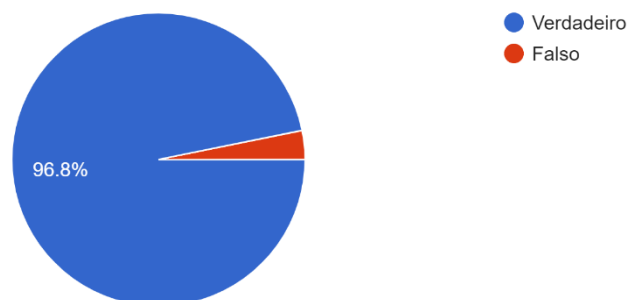
17. Existem diferentes tipos de métodos contraceptivos.

94 responses



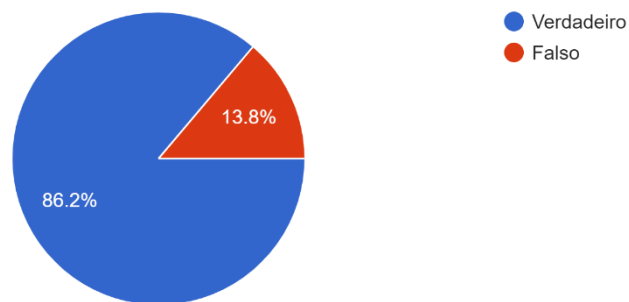
18. O preservativo é um exemplo de um método barreira.

94 responses



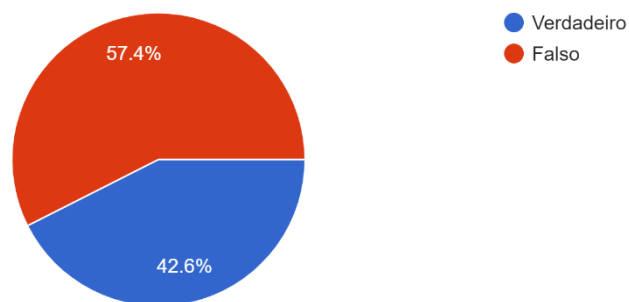
19. A pílula é um exemplo de um método hormonal.

94 responses



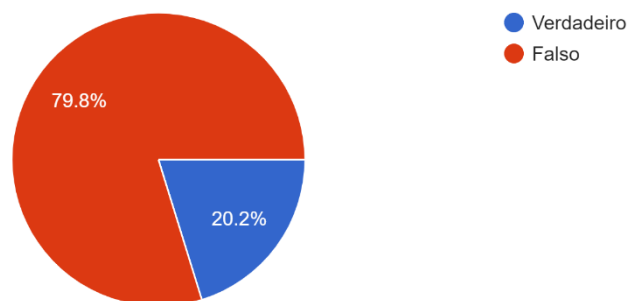
20. A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceção regular, desde que prescrita pelo médico.

94 responses



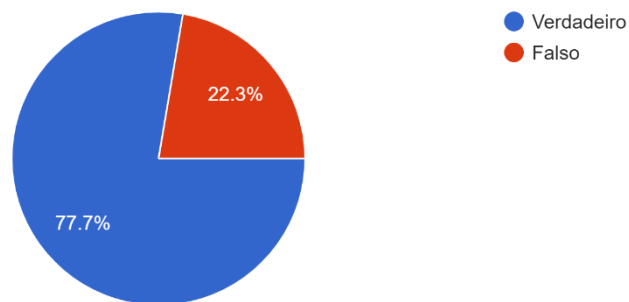
21. A pílula do dia seguinte pode ser tomada apenas até cinco dias após uma relação sexual desprotegida.

94 responses



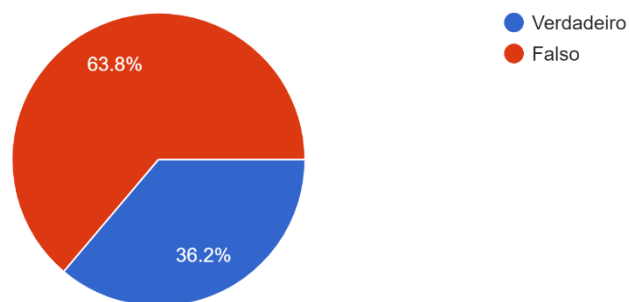
22. Devem existir períodos regulados entre as gravidezes.

94 responses



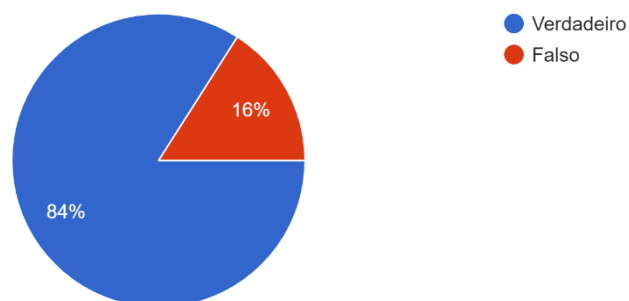
23. Em Portugal, uma mulher pode decidir optar pela interrupção voluntária da gravidez (IVG) até às dez semanas.

94 responses



24. Exemplos de efeitos de uma IVG no organismo da mulher podem ser: hemorragias, febre, diarreia, cólicas abdominais.

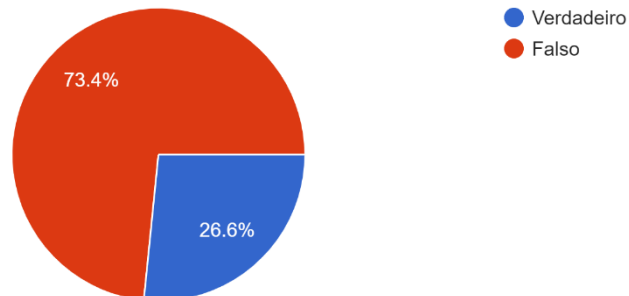
94 responses





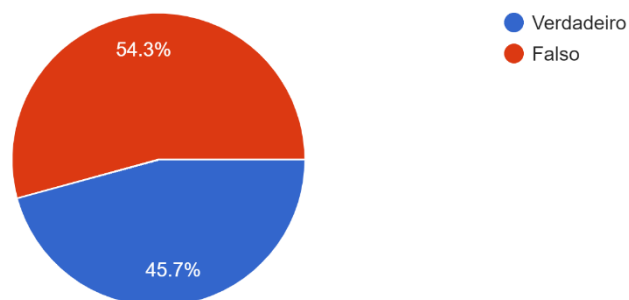
25. Uma infecção sexualmente transmissível (IST) é uma infecção contagiosa cuja transmissão é por via anal.

94 responses



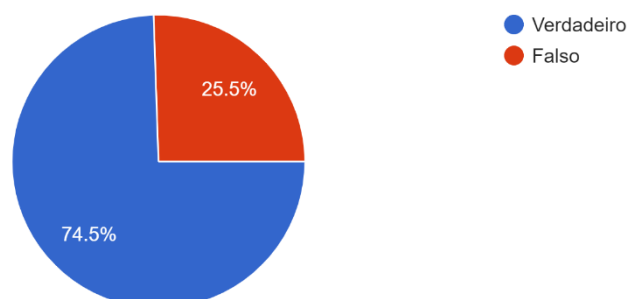
26. São exemplos de IST: hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, sífilis e VIH.

94 responses



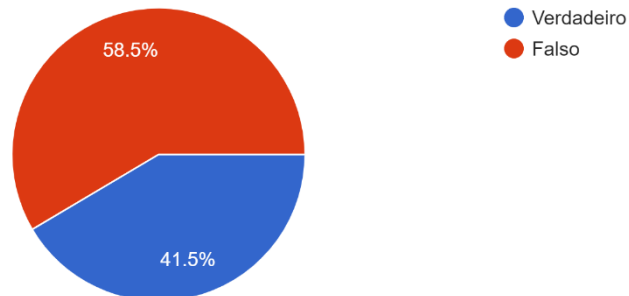
27. O Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) pode transmitir-se através dos fluidos sexuais, do contacto dir...com sangue e através da amamentação.

94 responses



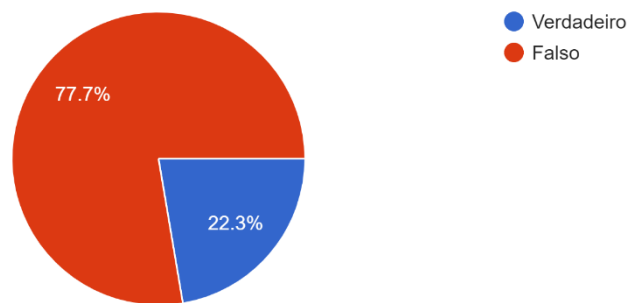
28. O coito interrompido (retirar o pênis da vagina antes da ejaculação) é um método contraceptivo eficaz.

94 responses



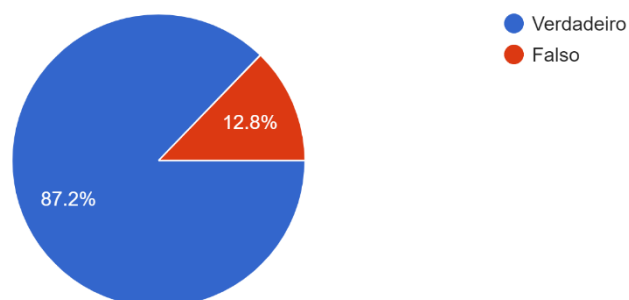
29. O preservativo é o único método que protege contra as IST.

94 responses



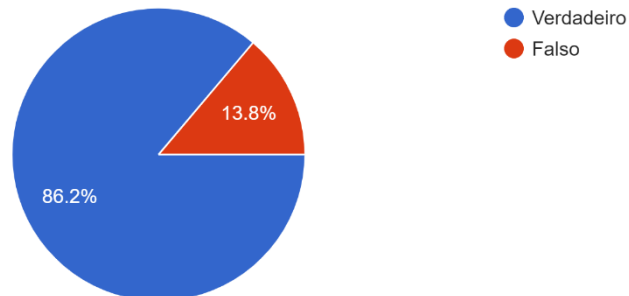
30. O sentimento é construído e duradouro ao longo do tempo.

94 responses



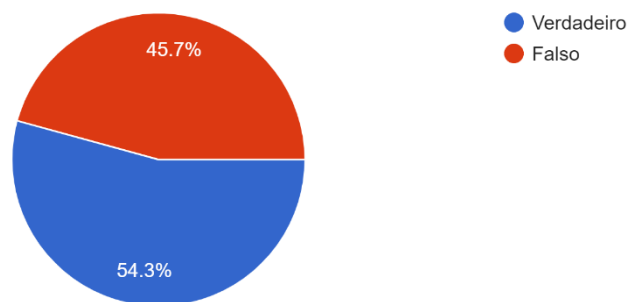
31. As emoções manifestam-se através da expressão corporal e facial, como o choro e o riso, por exemplo.

94 responses



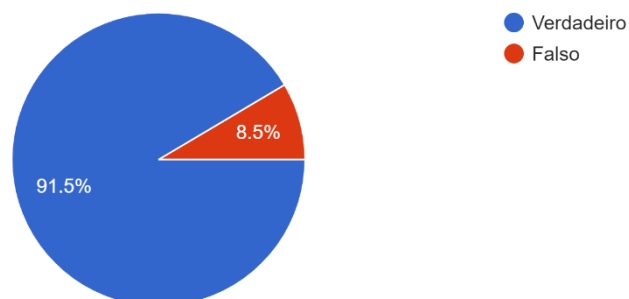
32. Amor e amizade são emoções e alegria e tristeza são sentimentos.

94 responses



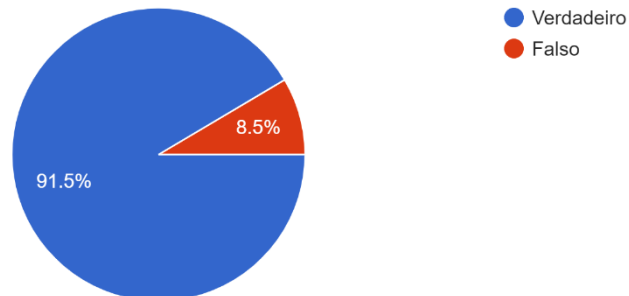
33. Existem hormonas que contribuem para as alterações de humor e das emoções.

94 responses



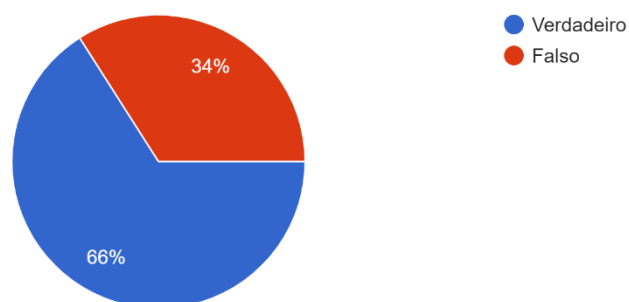
34. A gravidez na adolescência pode condicionar as relações sociais dos adolescentes.

94 responses



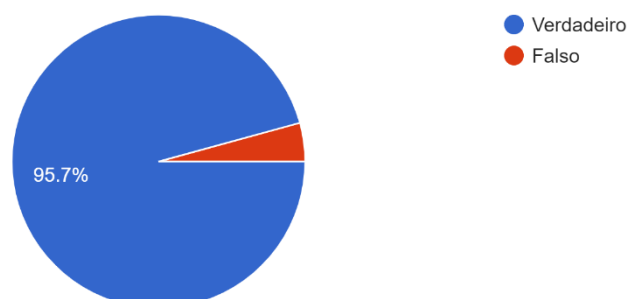
35. Uma relação abusiva consiste num ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um(a) dos(as) ... dominar e ter mais poder na relação.

94 responses



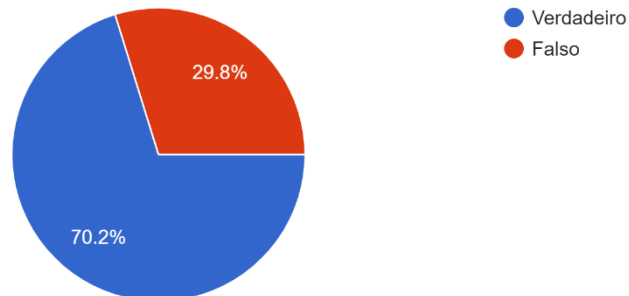
36. São sinais de violência no namoro: controlar o telemóvel, agredir fisicamente, controlar a forma de vest...umilhar publicamente o(a) parceiro(a).

94 responses



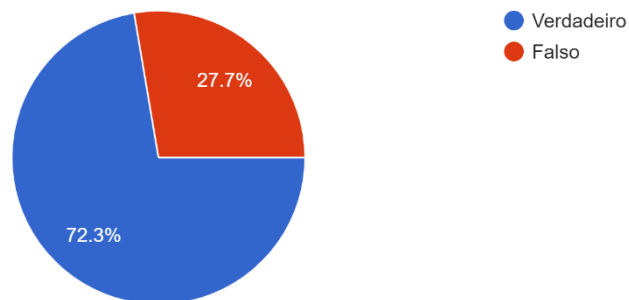
37. A identidade de género consiste no modo como cada um de nós se vê: ser homem ou ser mulher.

94 responses



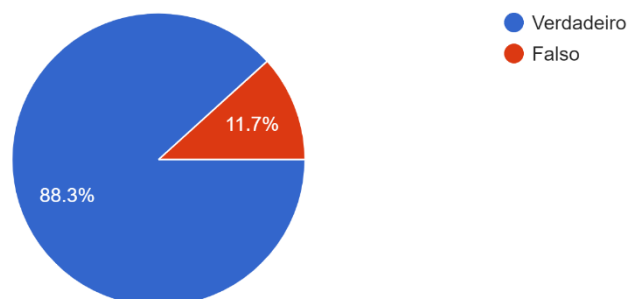
38. O papel de género corresponde ao conjunto de regras socialmente definidas para o género masculino ou ... pensamentos, forma de se relacionar.

94 responses



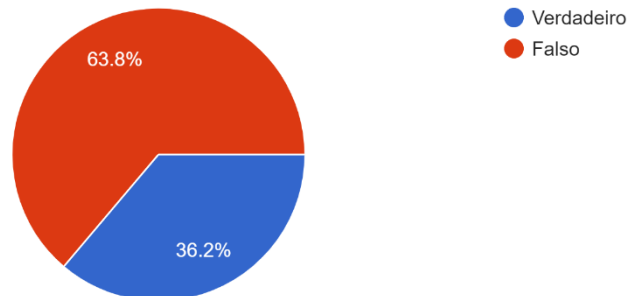
39. A orientação sexual diz respeito a por quem nos sentimos atraídos afectiva e sexualmente.

94 responses



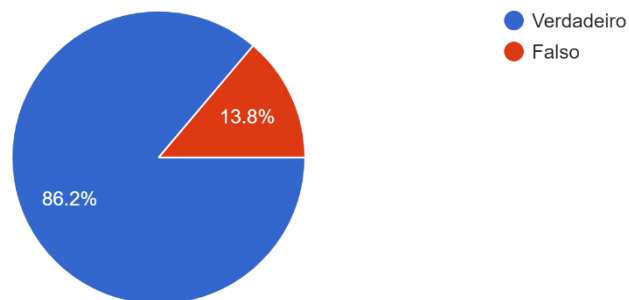
40. Existem trabalhos e tarefas que são para homens e outros que são para mulheres.

94 responses



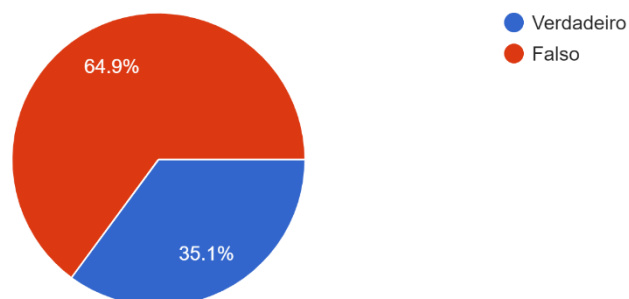
41. A sexualidade é um conceito abrangente e complexo que envolve as dimensões biológica, psicológica, sociocultural e ética.

94 responses



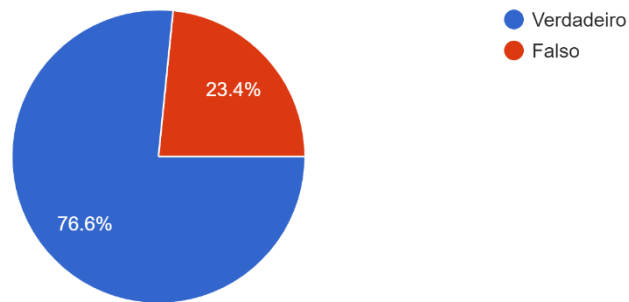
42. A definição de sexualidade consiste na relação sexual entre duas pessoas.

94 responses



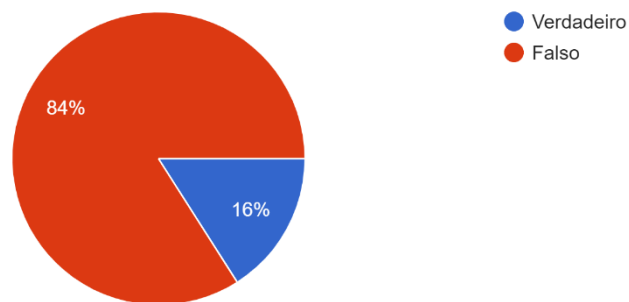
43. Uma pessoa gostar de outra pessoa do mesmo sexo é normal.

94 responses



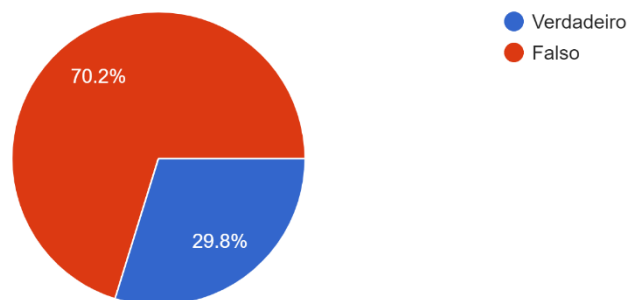
44. Um rapaz querer ser bailarino é normal.

94 responses



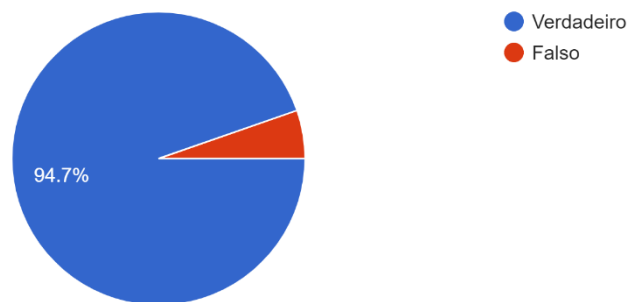
45. Uma rapariga querer mudar de sexo é sinal de perturbação mental.

94 responses



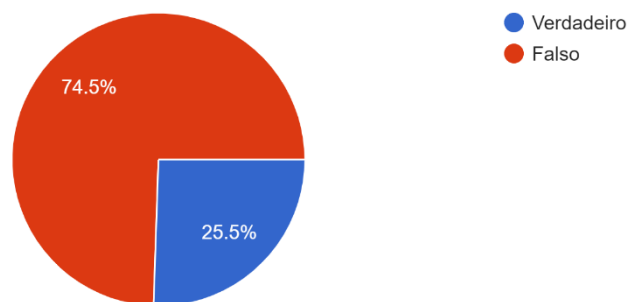
46. Os preservativos têm data de validade.

94 responses



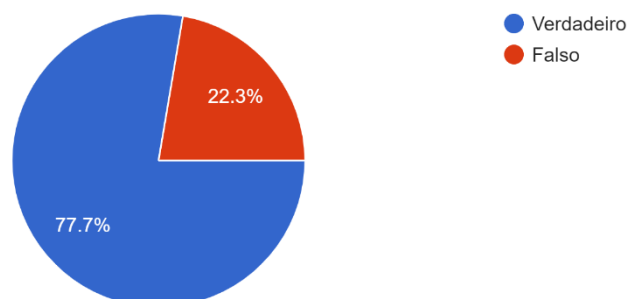
47. O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual, com o pénis erecto.

94 responses



48. O reservatório deve ser apertado durante a colocação para não ganhar ar.

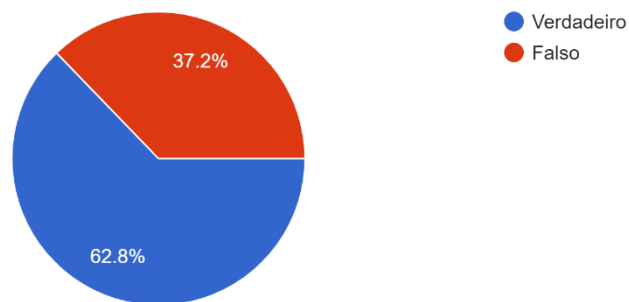
94 responses





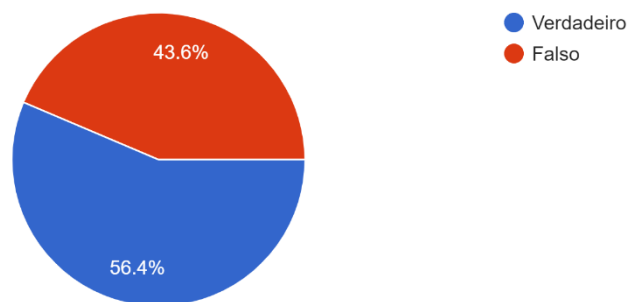
49. O preservativo deve ser retirado ainda com o pênis ereto.

94 responses



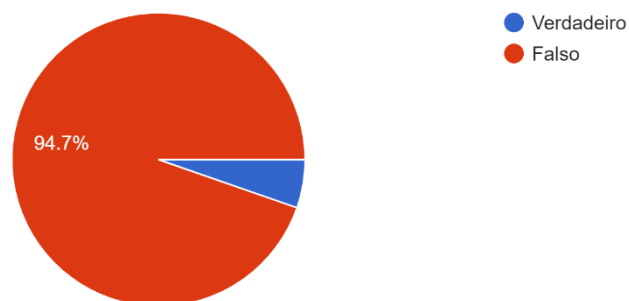
50. No final da relação, após ser retirado, o preservativo deve ser colocado no lixo comum.

94 responses



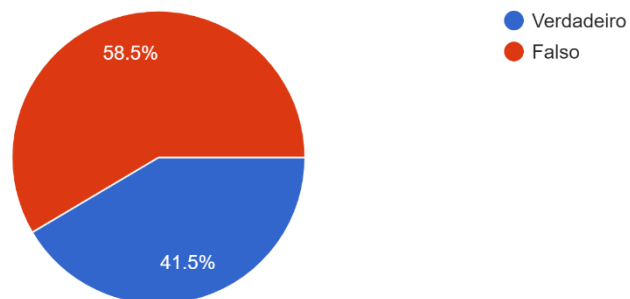
51. Na primeira relação sexual, não há risco de engravidar ou contrair uma IST.

94 responses



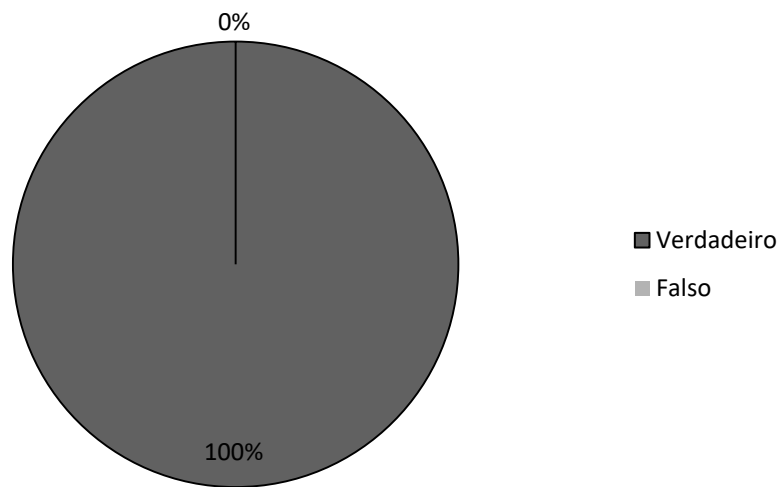
52. Quando a relação de namoro é estável e há confiança posso ter relações sexuais sem preservativo.

94 responses

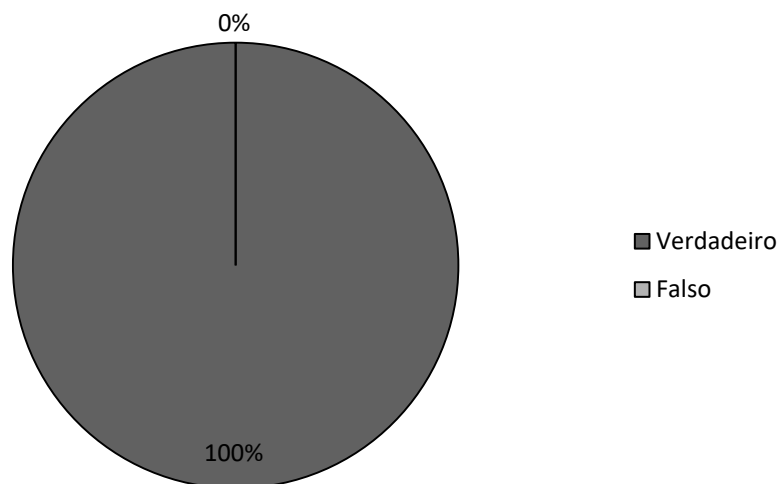


## **Anexo 5: Resultados do questionário de avaliação**

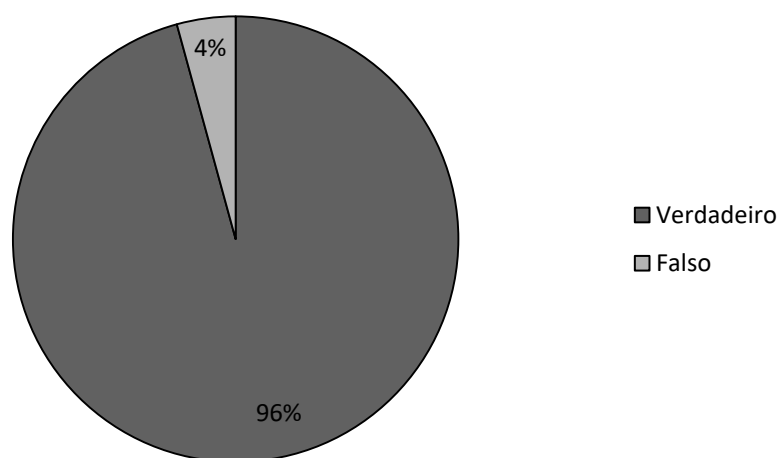
1. São exemplos de caracteres sexuais masculinos: pelos nas axilas e região púbica, voz grossa, desenvolvimento dos testículos e pênis.



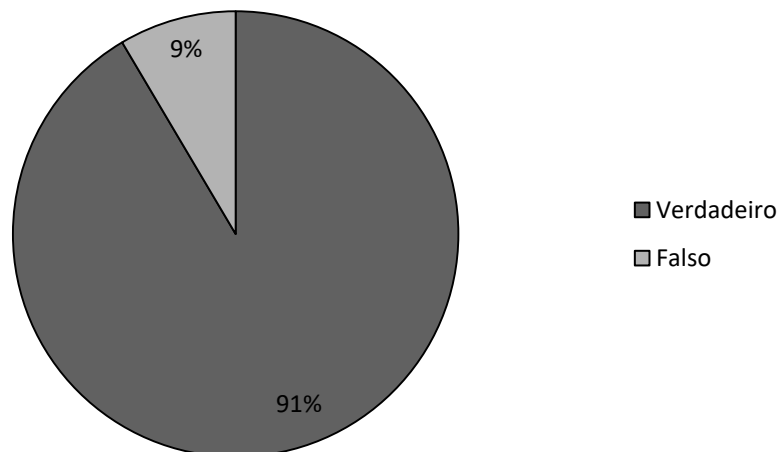
2. São exemplos de caracteres sexuais femininos: pelos nas axilas e região púbica, desenvolvimento das mamas e início do período menstrual.



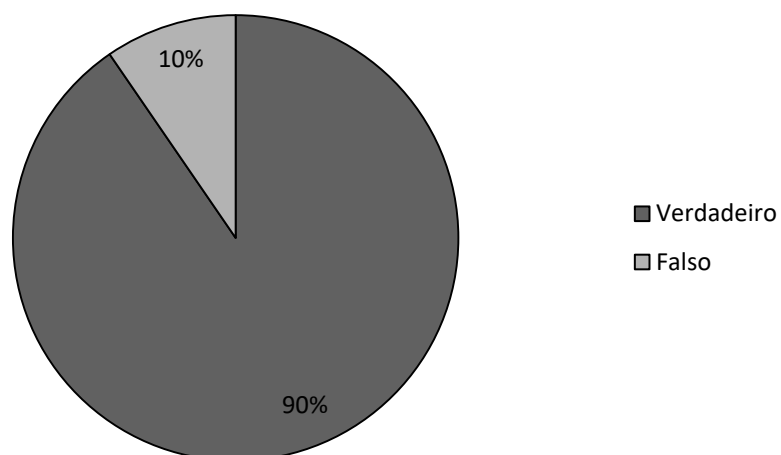
3. A masturbação é um comportamento normal de descoberta do próprio corpo.



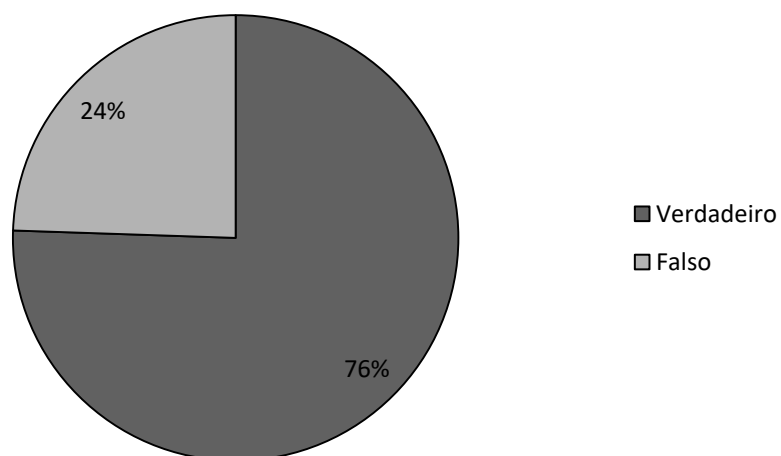
4. A ovulação corresponde à produção do óvulo.



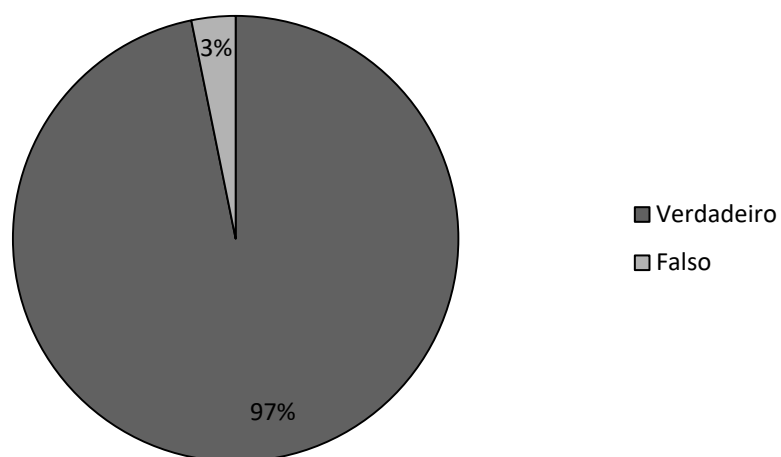
5. A fecundação consiste na fusão do óvulo com o espermatozoide, formando-se o ovo ou zigoto.



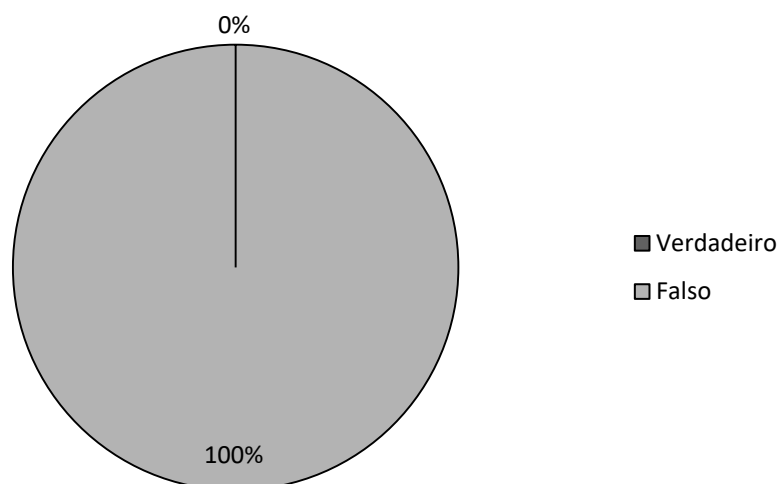
6. Se a ovulação ocorrer até dois dias antes ou após uma relação sexual desprotegida, pode ocorrer uma gravidez.



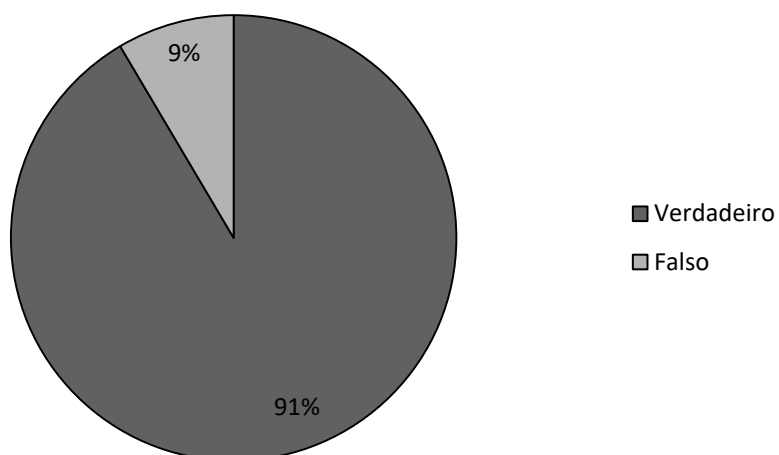
7. A menstruação corresponde à expulsão do óvulo que não foi fertilizado.



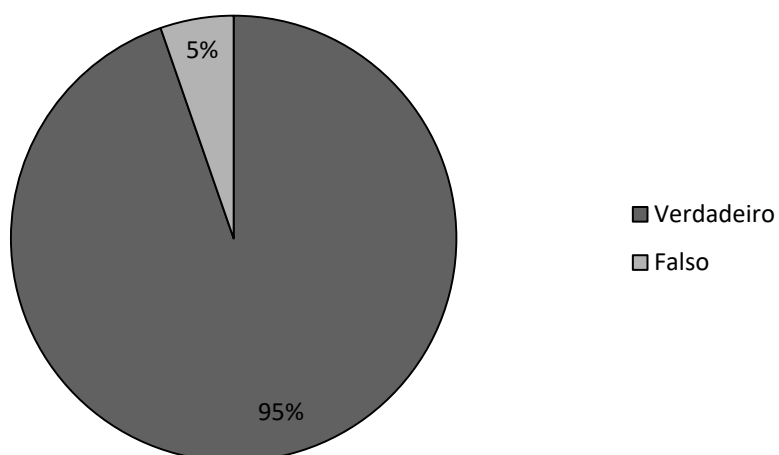
8. O ciclo menstrual é igual em todas as mulheres.



9. O período fértil corresponde ao período em que o óvulo pode ser fecundado pelo espermatozóide.

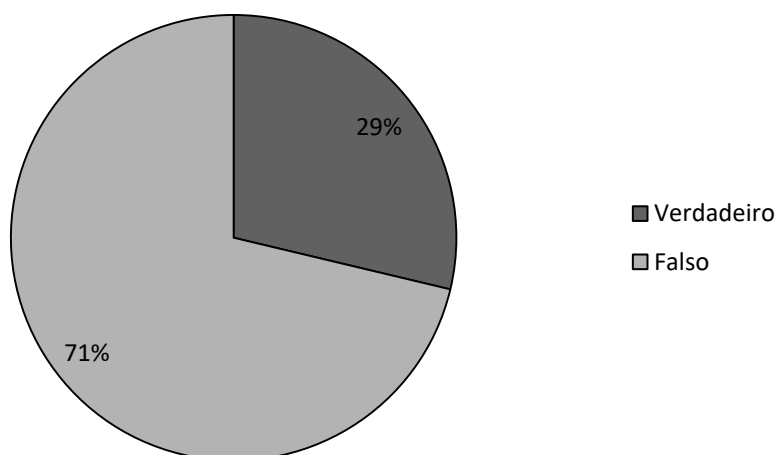


10. Existem diferentes tipos de métodos contraceptivos.

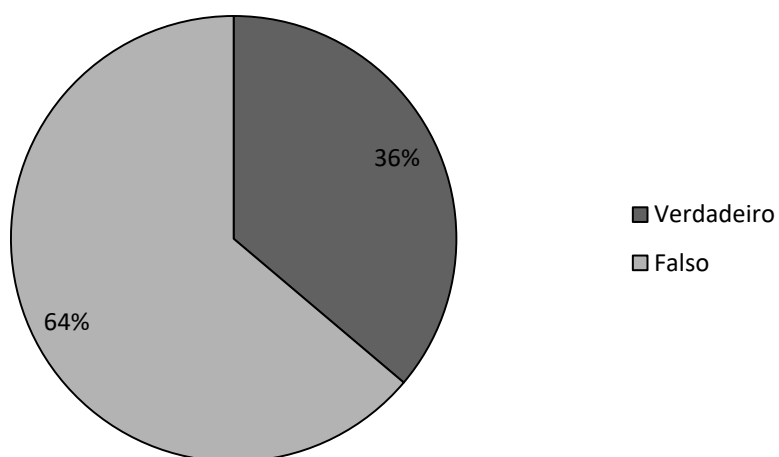




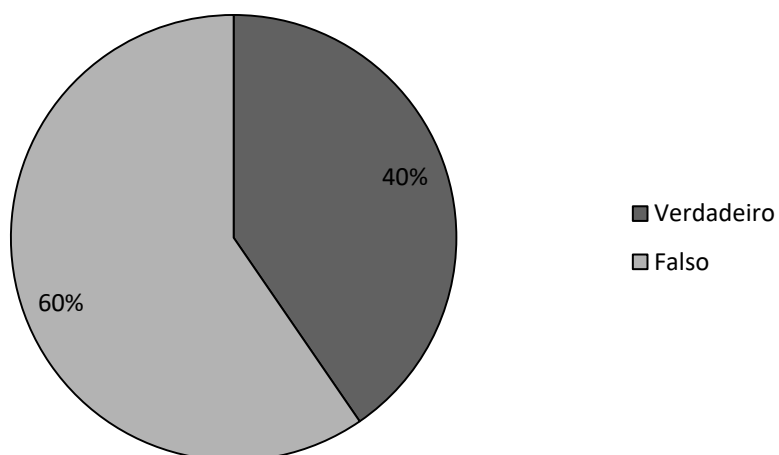
11. A pílula do dia seguinte pode ser usada como contraceção regular, desde que prescrita pelo médico.



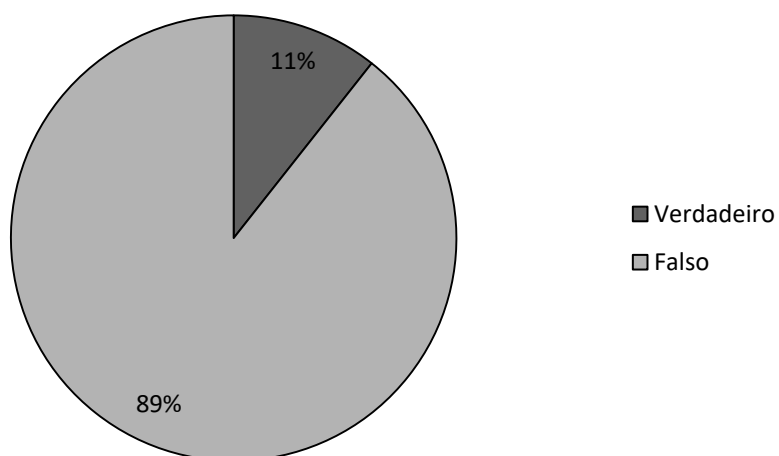
12. A pílula do dia seguinte pode ser tomada apenas até cinco dias após a relação sexual desprotegida.



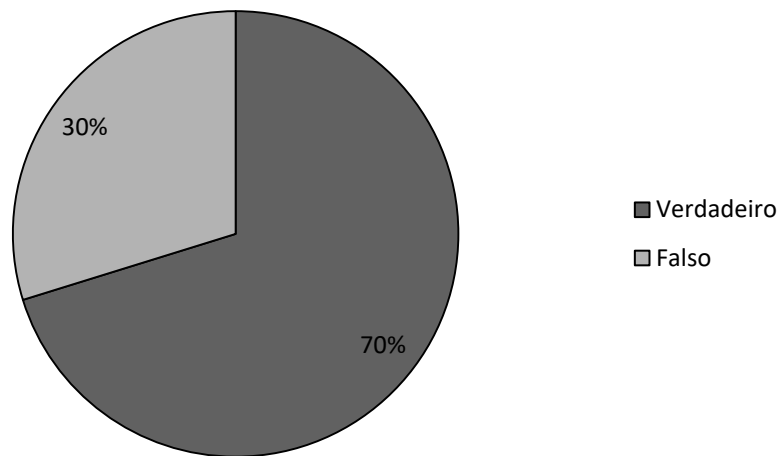
13. Em Portugal, uma mulher pode decidir fazer uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) até às dez semanas de gravidez.



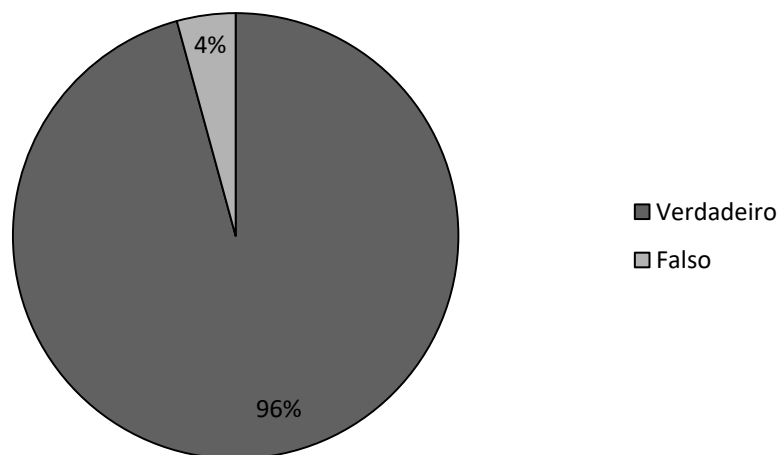
14. Uma infeção sexualmente transmissível (IST) é uma infeção contagiosa cuja transmissão é por via anal.



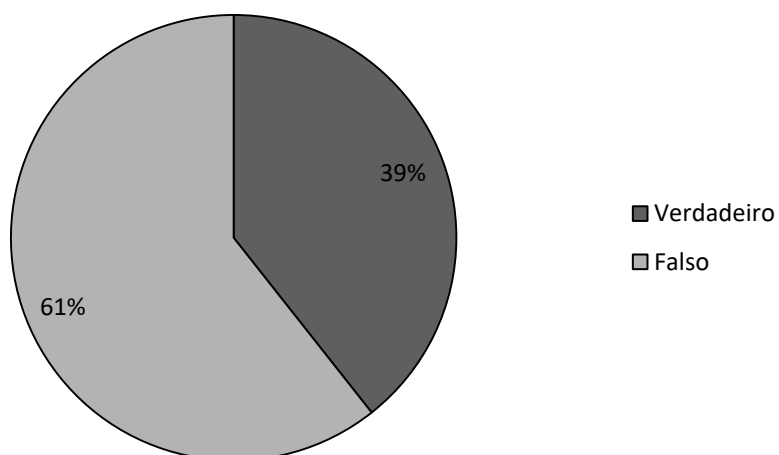
15. São exemplos de IST: hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, sífilis e VIH.



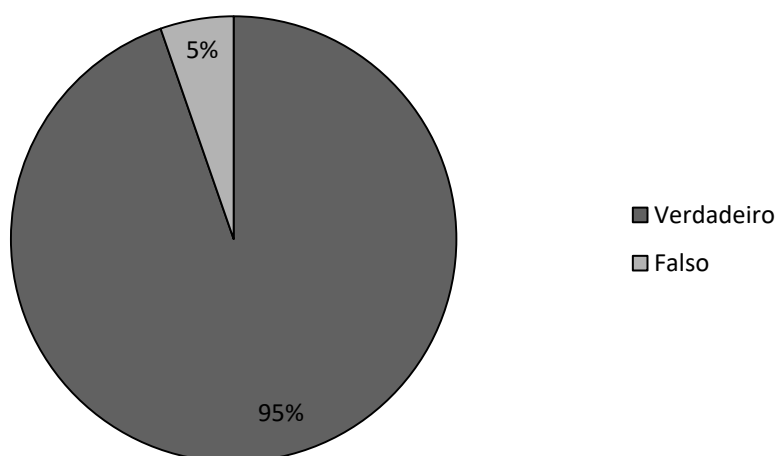
16. O VIH pode transmitir-se através dos fluídos sexuais, do contacto direto com sangue infetado e através da gravidez e da amamentação.



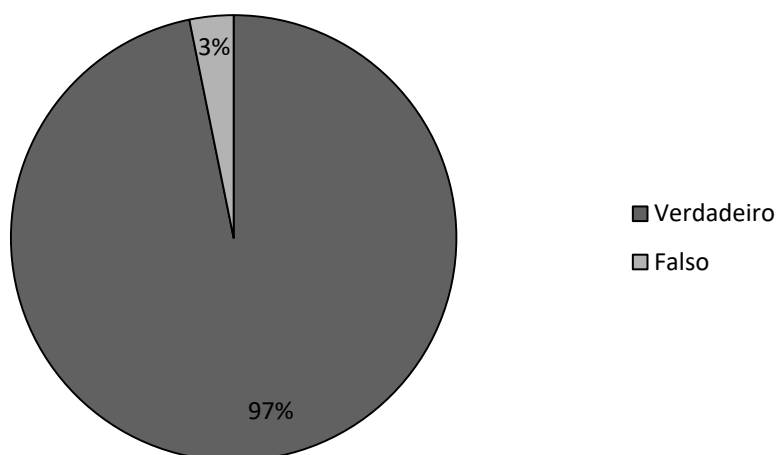
17. O coito interrompido (retirar o pênis da vagina antes da ejaculação) é um método contraceptivo eficaz.



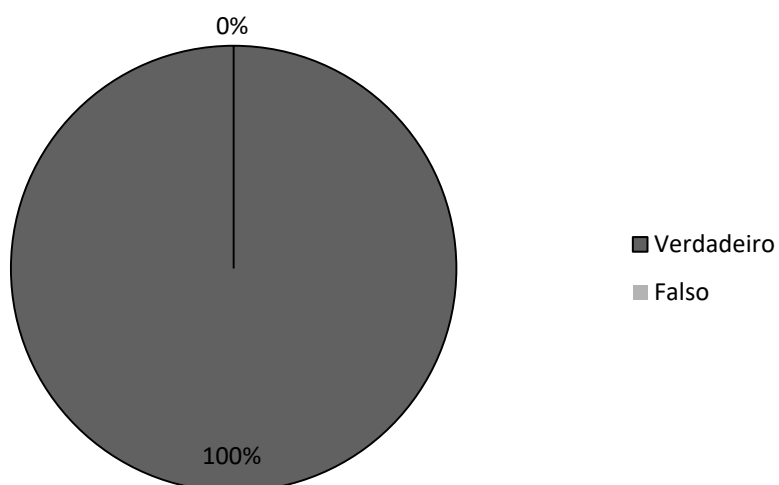
18. O preservativo é o único método que protege contra as IST.



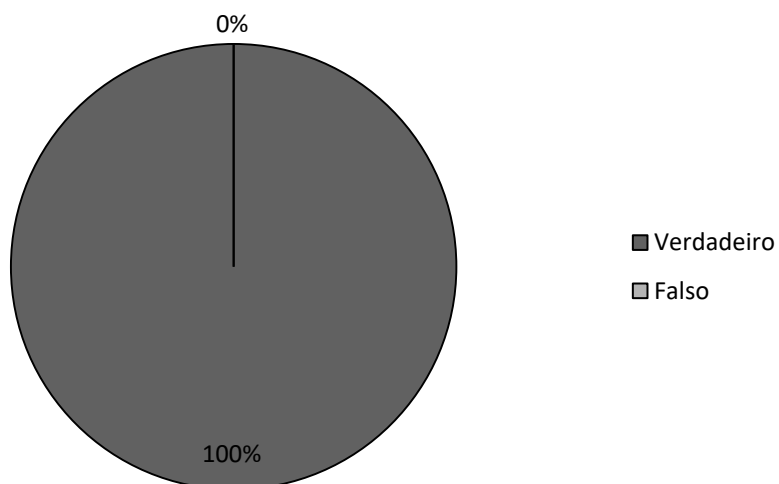
19. A gravidez na adolescência pode condicionar as relações sociais dos adolescentes.



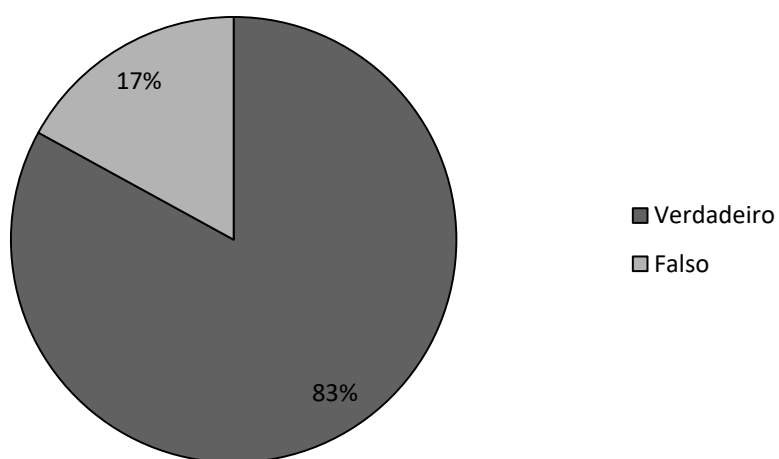
20. Uma relação abusiva consiste num ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um(a) dos(as) parceiros(as) sobre o(a) outro(a), numa relação de namoro, com o objetivo de a controlar, dominar e ter mais poder na relação.



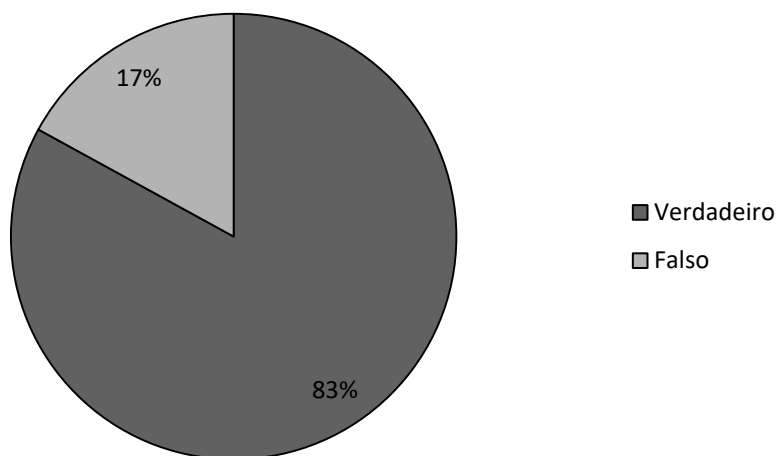
21. São sinais de violência no namoro: controlar o telemóvel, agredir fisicamente, controlar a forma de vestir e humilhar publicamente o(a) parceiro(a).



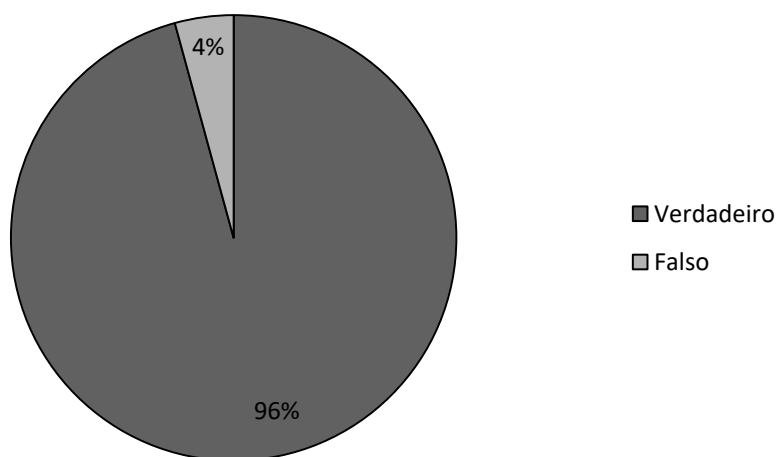
22. A identidade de género consiste no modo como cada um(a) de nós se vê: ser homem ou ser mulher.



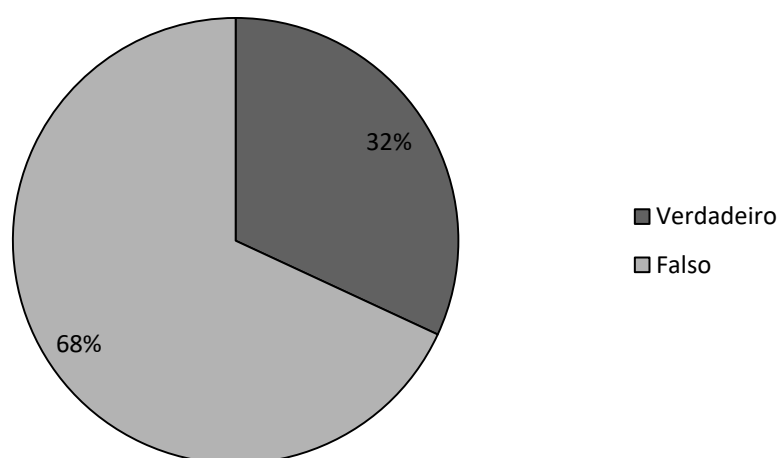
23. O papel de género corresponde ao conjunto de regras socialmente definidas, arbitrariamente, para o género masculino ou feminino: forma de vestir, comportamento, pensamentos, forma de se relacionar.



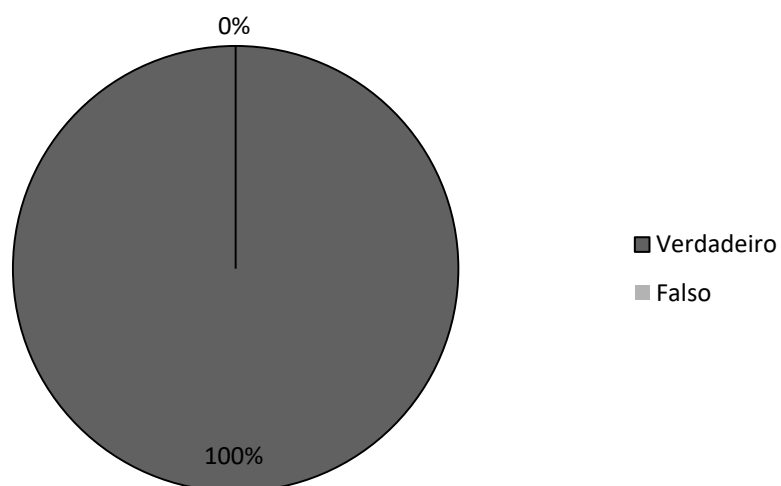
24. A orientação sexual diz respeito a por quem nos sentimos atraídos afetiva e sexualmente.



25. Existem trabalhos e tarefas que são para homens e outros que são para mulheres.

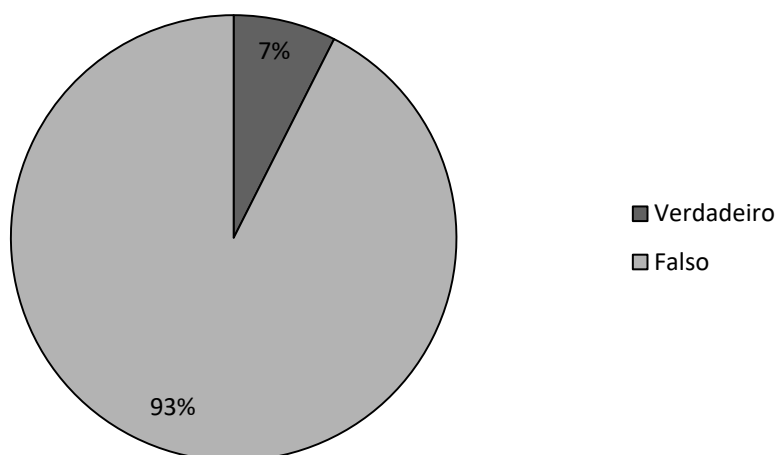


26. A sexualidade é um conceito abrangente e complexo que envolve as dimensões biológica, psicológica, sociocultural.

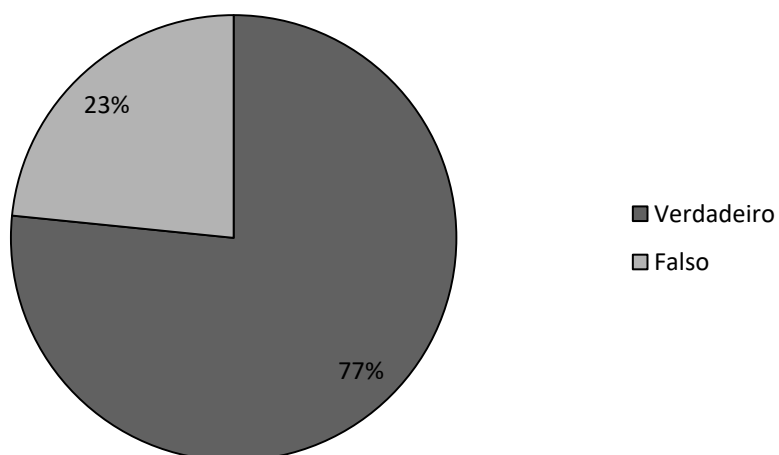




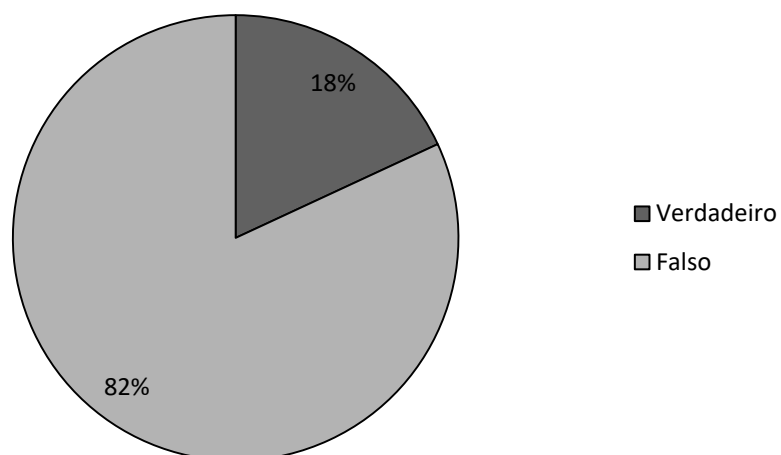
27. A definição de sexualidade consiste na relação sexual entre duas pessoas.



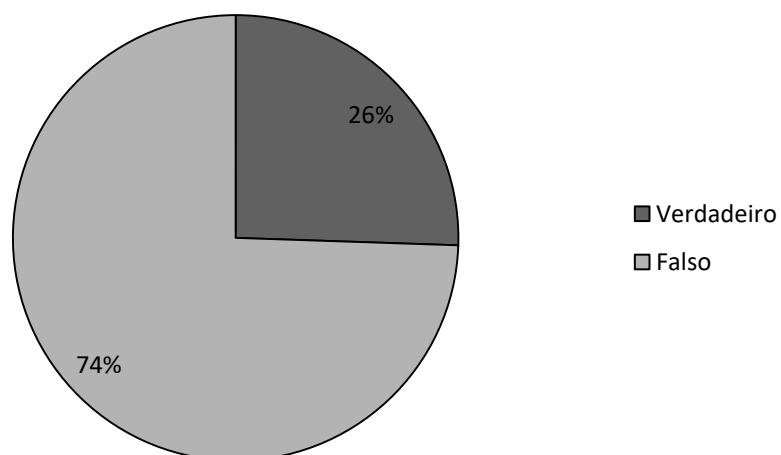
28. Uma pessoa gostar de outra pessoa do mesmo sexo é normal.



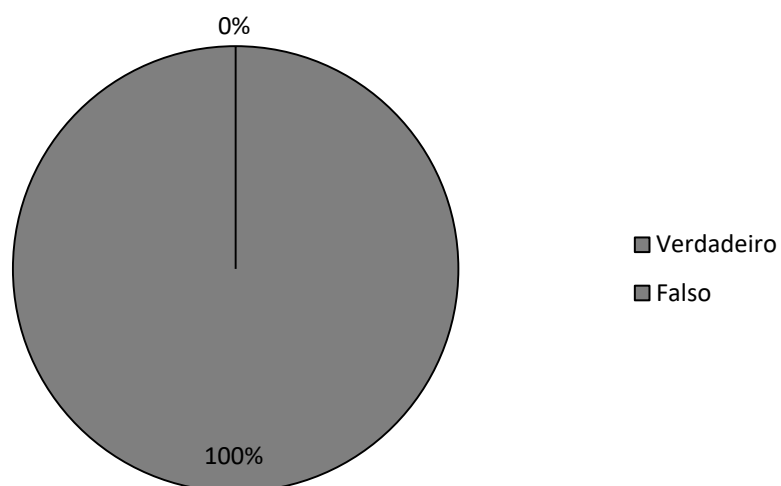
29. Um rapaz querer ser bailarino é normal.



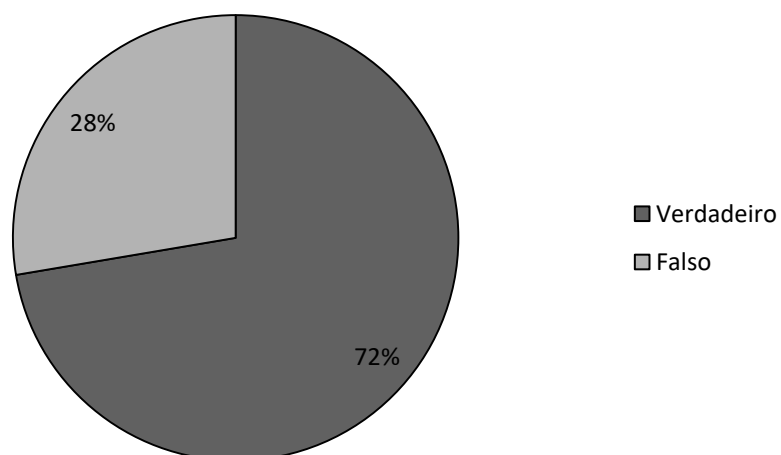
30. Uma rapariga querer mudar de sexo é sinal de perturbação mental.



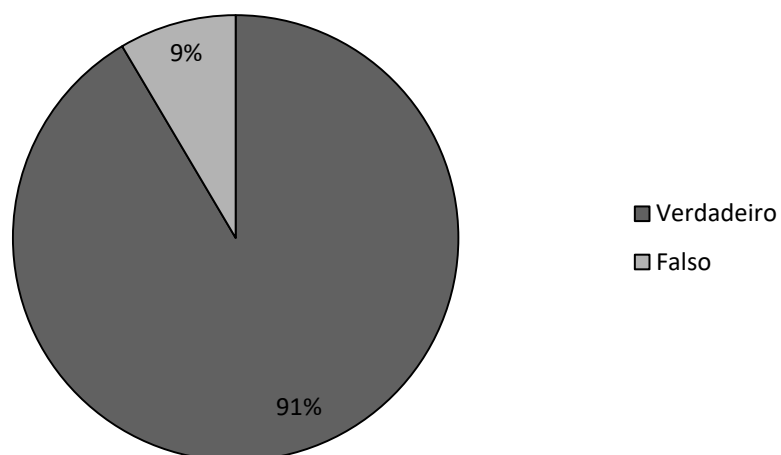
31. Os preservativos têm data de validade.



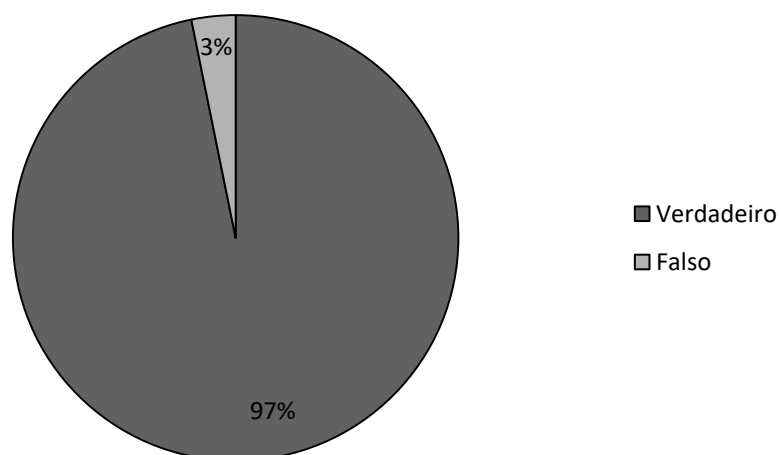
32. O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual, com o pênis ereto.



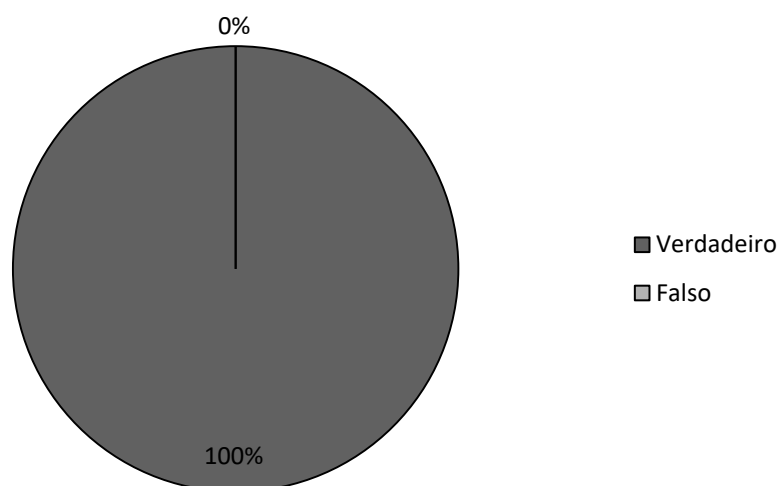
33.O reservatório deve ser apertado durante a colocação para não ganhar ar.



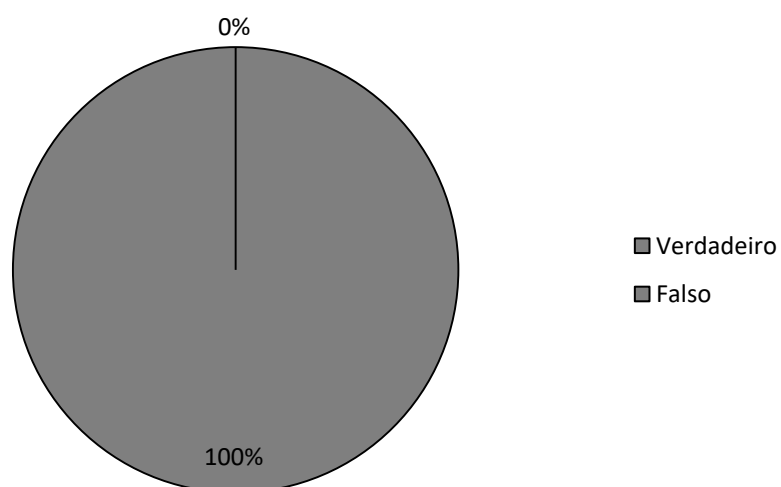
34. O preservativo deve ser retirado ainda com o pênis erecto.



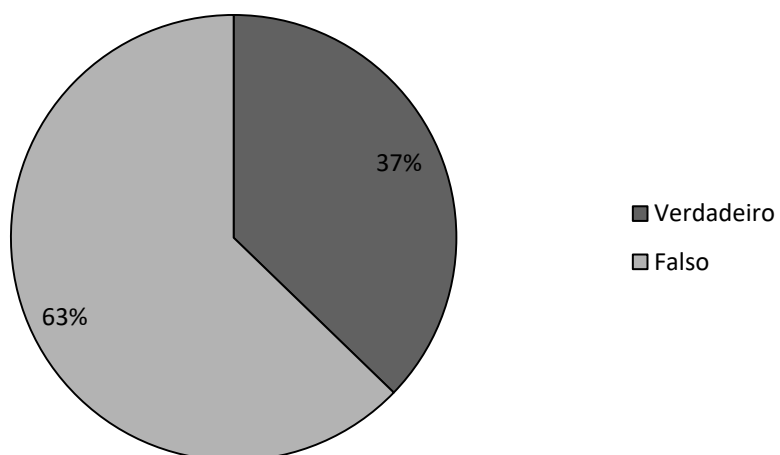
35. No final da relação, após ser retirado, o preservativo deve ser colocado no lixo comum.



36. Na primeira relação sexual, não há risco de engravidar ou contrair uma IST.



37. Quando a relação de namoro é estável e há confiança posso ter relações sexuais sem preservativo.



## **Anexo 6: Planos das sessões das EpS**

**PROJETO S.E.R. – SEXUALIDADE: ESCOLHAS COM RESPONSABILIDADE**

**PLANO DE SESSÃO Eps 1**

<p>Duração: 50 minutos</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Diminuir para 20% a taxa do conhecimento sobre o conceito de sexualidade não demonstrado, até 31-05-2019</p> <p>Diminuir para 30% a taxa do conhecimento sobre a fisiologia da reprodução humana não demonstrado, até 31-05-2019</p> <p>Diminuir para 0% a taxa do conhecimento sobre desenvolvimento do adolescente [aspectos biológicos], até 31-05-2019</p> <p>Diminuir para 20% a taxa do conhecimento sobre o ciclo menstrual e ovulatório não demonstrado, até 31-05-2019</p>				
	Conteúdos	Metodologias e técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	<p>Apresentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Do formador</li> <li>- Do diagnóstico (resultados questionário)</li> <li>- Do Projeto SER</li> <li>- Dos temas e objetivos da sessão</li> </ul>	<p>Expositivo</p> <p>Apresentação de power point</p>	<p>Computador</p> <p>Projector</p> <p>multimédia</p>	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O conceito de sexualidade e as suas dimensões</li> <li>- Adolescência: período de mudança e transformação</li> <li>- A reprodução humana: aparelho reprodutor masculino e feminino</li> <li>- Ciclo menstrual e ovulatório</li> </ul>	<p>Expositivo, diálogo interrogado</p> <p>Apresentação de power point</p> <p>Visualização de vídeo</p> <p>Debate</p>	<p>Computador</p> <p>Projector</p> <p>multimédia</p> <p>Colunas</p>	40 minutos
Conclusão	<p>Síntese dos conteúdos abordados</p> <p>Resposta a questões e esclarecimento de dúvidas</p>	<p>Diálogo interrogado</p>	<p>Computador</p> <p>Projector</p> <p>multimédia</p>	5 minutos



**PROJETO S.E.R. – SEXUALIDADE: ESCOLHAS COM RESPONSABILIDADE**

**PLANO DE SESSÃO Eps 2**

Público-alvo: estudantes do 10º ano Duração: 50 minutos Objetivos específicos: Diminuir para 55% a taxa do conhecimento sobre identidade e papel de género e orientação sexual não demonstrado, até 31-05-2019 Diminuir para 50% a taxa do conhecimento sobre violência no namoro e relações abusivas não demonstrado, até 31-05-2019				
	Conteúdos	Metodologias e técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	Síntese da última EpS Apresentação dos temas e objetivos da sessão	Expositivo  Apresentação de power point	Computador Projector multimédia	5 minutos
Desenvolvimento	- Diversidade sexual e expressão da sexualidade - Violência no namoro, maus tratos e relações abusivas	Expositivo, diálogo interrogado  Apresentação de power point Discussão de casos Jogo “Igualdade de Género” Música “O que é ser normal” Vídeo “Quem te ama, não te agride!” Debate	Computador Projector multimédia Colunas	40 minutos
Conclusão	Síntese dos conteúdos abordados Resposta a questões e esclarecimento de dúvidas	Diálogo interrogado	Computador Projector multimédia	5 minutos

**PROJETO S.E.R. – SEXUALIDADE: ESCOLHAS COM RESPONSABILIDADE**

**PLANO DE SESSÃO Eps 3**

Público-alvo: estudantes do 10º ano Duração: 50 minutos Objetivos específicos: Diminuir para 30 % a taxa do conhecimento sobre IST não demonstrado, até 31-05-2019 Diminuir para 25% a taxa do conhecimento sobre o uso do preservativo não demonstrado, até 31-05-2019 Diminuir para 30% a taxa do conhecimento sobre a proteção contra as IST não demonstrado, até 31-05-2019 Diminuir para 35% a taxa das crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas, até 31-05-2019				
	Conteúdos	Metodologias e técnicas pedagógicas	Recursos	Tempo
Introdução	Síntese da última EpS Apresentação dos temas e objetivos da sessão	Expositivo  Apresentação de power point	Computador Projetor multimédia	5 minutos
Desenvolvimento	- Principais IST - Métodos contraceptivos	Expositivo, demonstrativo, diálogo interrogado  Apresentação de power point Visualização de vídeos [2 minutos para mudar de vida] Jogo “A infeção não está na cara” Debate	Computador Projetor multimédia Colunas Copos de plástico Água Infusão de couve roxa Bicarbonato de sódio Seringas Preservativos Modelo anatómico do pénis	40 minutos
Conclusão	Síntese dos conteúdos abordados Resposta a questões e esclarecimento de dúvidas Divulgação do momento do preenchimento do questionário final de avaliação	Diálogo interrogado	Computador Projetor multimédia	5 minutos

Carlos Pinto

**S. E. R. – Sexualidade: Escolhas com Responsabilidade**